

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitajakoulutus

2019

Miia Kostamo, Nina Kylén & Katariina Sorvali

LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN KIVUNHOITO

– Hoitotyönsuosituksesta sairaanhoitajille
sanaristikko, ja potilaille tarkistuslista

Miia Kostamo, Nina Kylén & Katariina Sorvali

LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN KIVUNHOITO

- Hoitotyönsuosituksesta sairaanhoitajille sanaristikko, ja potilaille tarkistuslista

Opinnäytetyön tarkoituksena oli esitellä hoitotyön tutkimussäätiön laatiman aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyön suositus, minkä pohjalta tehtiin sanaristikko testaamaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) sairaanhoitajien kivunhoidon osaamista. Potilaille tehtiin tarkistuslista kivunhoitoon liittyen, jotta he pystyisivät osallistumaan hoitoonsa paremmin. Opinnäytetyön tavoitteena on vahvistaa VSSHP:n sairaanhoitajien kivun hoitotyön osaamista hoitosuosituksen mukaiseksi. Opinnäytetyön toimeksiantajana on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri ja työ on tehty osana STEPPI-hanketta. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena.

Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyön suositus on jaoteltu kahdeksaan eri osa-alueeseen: kirurgisen potilaan ohjaus osana kivun hoitotyötä, potilaan kivun tunnistaminen, potilaan kivun arviointi, kivun lääkehoidon toteutus, muiden kivun hoitomenetelmien käyttö, potilaan voinnin seuranta kivunhoidon aikana, kivun hoitotyön kirjaaminen ja kivun hoitotyön laadun varmistaminen. Hoitosuositus sisältää tieteellistä näyttöä olemassa olevasta tiedosta lyhytkestoisen kivun hoidossa. Suosituksen tarkoituksena on muun muassa lisätä potilaiden hoidon tasa-arvoisuutta sekä auttaa hoitajia tekemään päätöksiä kivun hoitotyöhön liittyen ja yhtenäistää kivunhoidon käytäntöjä leikkauksen jälkeen.

Opinnäytetyössä on esitelty hoitosuosituksen keskeinen sisältö. Hoitosuosituksen sisältö tuotiin esille posterin muodossa sairaanhoitajille. Posterista pyrittiin tekemään mielenkiintoinen ja tiivis kokonaisuus. Sairaanhoitajille tehtiin sanaristikko, joka koostuu 15 eri kohdasta, jonka tekemiseen on arvioitu menevän 10-15 minuuttia. Potilaille tehdyssä tarkistuslistassa on neljä informatiivista kohtaa, joiden tarkoituksena on saada potilas osallistumaan omaan kivunhoitoonsa.

ASIASANAT:

Kipu, hoitosuositus, kivun hoito, kivun arviointi.

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing

2019 | 45 pages, 2 attachments

Miia Kostamo, Nina Kylén & Katariina Sorvali

POST-OPERATIVE PAIN MANAGEMENT

- From care recommendation to a crossword puzzle for nurses and a checking list for patients

The purpose of this thesis is to present key points from the Nursing care of short-term pain in adult patients after a surgical procedure -care recommendation and do a crossword puzzle so that they can test their knowledge about pain management. In addition, there is going to be a checking list for patients about pain management so that they can better participate in their care. The aim of this thesis is to strengthen the nurses' knowledge of pain management to be in line with the care recommendation. This thesis was executed in co-operation with The Hospital District of Southwest Finland and is part of a STEPPI-project. The thesis is executed as a descriptive literature review.

The Nursing care of short-term pain in adult patients after a surgical procedure -care recommendation has been divided into eight different areas: guidance of surgical patients as part of pain nursing, identifying patients' pain, assessment of patient's pain, implementation of pharmaceutical pain treatment, use of other pain relief methods, monitoring the patient's status during pain treatment, recording pain nursing care and assuring the quality of pain nursing care. Care recommendation contains scientific evidence about already existing knowledge about the management of short-term pain after a surgical procedure. The care recommendation's purpose is to increase the equality in pain management between patients, support nurses' decision-making relating to the management of patients' pain and to standardize post-operative pain management procedures.

In this thesis has been presented key points from the Nursing care of short-term pain in adult patients after a surgical procedure -care recommendation. Key points from the care recommendation was brought in a form of poster to nurses. The poster was made to be interesting and compacted entirety. For the nurses was made a crossword puzzle that consists fifteen different parts and it should take about 10-15 minutes to fill it. The checking list for the patients contains four parts which purpose is to get the patients to participate in their own pain management.

KEYWORDS:

Pain, care recommendation, pain management, pain assessment.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 POSTOPERATIIVINEN KIPU JA SEN HOITO	6
2.1 Kivun hoitotyö	6
2.2 Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö - hoitosuositus	9
2.3 Kivun arviointi	10
2.3.1 Kivun mittarit	12
2.3.2 Kivun arviointi havainnoimalla ja tarkkailemalla	14
2.4 Kipulääkkeiden antotavat	15
2.5 Lääkkeellinen kivunhoito	17
2.6 Lääkkeetön kivunhoito	22
2.7 Kivun kirjaaminen	25
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	27
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	28
5 TULOKSET	34
5.1 Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitosuosituksen keskeinen sisältö	34
5.2 Hoitosuosituksen pohjalta tehty sanaristikko	37
5.3 Tarkistuslista potilaille kivunhoidosta	39
6 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	40
7 POHDINTA	42
LÄHTEET	45

LIITTEET

Liite 1. Sanaristikon oikeat vastaukset

Liite 2. Sairaanhoidajille tehty posterit kivunhoidosta

KUVAT

Kuva 1. Kipumittari kasvo- ja numeraalisella asteikolla (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2015b).	13
Kuva 2. VDS eli sanallinen kipumittari (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2015b).	14
Kuva 3. Hoitosuosituksen pohjalta tehty sanaristikko sairaanhoitajille.	38
Kuva 4. Potilaille tehty tarkistuslista kivunhoidosta.	39

KUVIOT

Kuvio 1. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö suosituksen eri osa-alueet.	37
---	----

TAULUKOT

Taulukko 1. Tietokantojen hakutulokset.	31
---	----

1 JOHDANTO

Maailmassa tehdään vuosittain noin 300 miljoonaa erilaista kirurgista toimenpidettä (International Association for the study of pain, 2019) ja pelkästään Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella vuonna 2017 tehtiin 35 276 leikkausta (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2019a). Potilas- ja toimenpidekohtaiset tekijät vaikuttavat merkittävästi leikkauksen jälkeisen kivun laatuun ja voimakkuuteen. Leikkauksen jälkeisen kivun intensiteetti riippuu toimenpiteen aiheuttaman kudonvaurion laadusta sekä määrästä. Kivun voimakkuus riippuu sen ominaisuuksista sekä siitä, onko kudonvaurio aiheutunut ihoon, pehmytkudokseen, sisäelimiin vai hermostoon. Merkittävimmäksi vaikuttajaksi nousee kuitenkin potilaskohtaiset tekijät, sillä saman toimenpiteen jälkeisen kivun kesto ja voimakkuus voivat vaihdella hyvinkin suuresti potilaiden välillä. (Kontinen & Hamunen 2015, 1921.) Kipukokemus on yksilökohtaista ja siihen vaikuttavat emotionaaliset tekijät, kuten masennus, pelko ja ahdistus. Leikkauksen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoito on erityisen tärkeää, sillä kipu voi hoitamattomana pitkittyä ja kroonistua. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 3.)

Hoitotyön tutkimussäätiön tehtävänä on välittää tutkimusnäyttöä hoitotyössä toimiville. Säätiön tarkoituksena on koota hoitotieteellistä tutkimusnäyttöä ja soveltaa niiden tuloksia käytännössä sovellettavaan muotoon. Hoitosuosituksen ideana on näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen ja niiden vakiinnuttaminen terveydenhuollossa. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2019.) Hoitosuositukset eivät muutu itsestään hoitokäytännöiksi, vaan niiden käyttöönotto kannattaisi sitoa osaksi organisaation pitkäjänteistä kehittämistä (Sipilä & Lommi 2014, 832). Hoitosuosituksen sisäistäminen vaatii aikaa, tukea ja rakenteita, ilman näitä päivitettyjen suositusten käyttöönotto voi jäädä tekemättä (Sipilä & Lommi 2014, 838).

Opinnäytetyön tarkoituksena on esitellä hoitotyön tutkimussäätiön laatiman aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyön suositus, minkä pohjalta tehdään sanaristikko testaamaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) sairaanhoitajien kivunhoidon osaamista. Potilaille tehdään tarkistuslista kivunhoitoon liittyen, jotta he pystyvät osallistumaan hoitoonsa paremmin. Opinnäytetyön tavoitteena on vahvistaa VSSHP:n sairaanhoitajien kivun hoitotyön osaamista hoitosuosituksen mukaiseksi. Opinnäytetyön toimeksiantajana on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.

2 POSTOPERATIIVINEN KIPU JA SEN HOITO

2.1 Kivun hoitotyö

Kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka varoittaa uhkaavasta kudonsvauriosta tai liittyy kudonsvaurioon. Se on arkielämän yksi peruskokemuksista ja siten tuttu kaikille ihmisille. (Vainio 2018, 18; Xavier ym. 2018, 2437.) Kudonsvaurion tapahtuessa syntyy kipuärsyke, josta johtaa sarja kemiallisia ja sähköisiä tapahtumia, joiden lopputuloksena on kivun aistiminen ja kokeminen (Kalso & Kontinen 2018, 56). Kipu on mahdollista luokitella sen neurofysiologisten mekanismien mukaan eri tyyppeihin (Vainio 2018, 18). Nohiseptiivinen kipu tarkoittaa kudonsvauriokipua, jossa kudoksen kipureseptorit aktivoituvat, kun kudon on vaurioitunut tai on vaurioitumassa (Haanpää 2010, 2873; Kipu. Käypä hoito -suositus 2017). Viskeraalinen kipu eli sisäelineräinen kipu eroaa somaattisesta kivusta monella tavalla. Kipu on usein vaikea paikantaa ja se voi säteillä muualle kehoon ja aiheuttaa motorisia ja autonomisia heijasteita (Kalso & Kontinen 2018, 73). Neuropaattisella kivulla tarkoitetaan hermostoperäistä kiputilaa, jonka on aiheuttanut vaurio tai tauti kipua välittävässä hermojärjestelmässä. Neuropaattinen kipu voi olla keskushermostossa tai ääreishermon alueella. (Haanpää 2018, 330.)

Hoitotiede määrittelee kivun olevan mitä tahansa, mitä ihminen sanoo sen olevan, ja kipu esiintyy juuri silloin, kun hän sanoo sen esiintyvän (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 4-5; Nirmala & Premila 2014, 93). Ihmiset kokevat kivun eri tavoin, vaikka kivun voimakkuus olisi sama. Kipu on aina siis yksilökohtaista. Tämä tekee ihmisestä itsestään oman kipunsa asiantuntijan. Määritelmä on kuitenkin yksipuolinen, koska kaikki ihmiset eivät pysty verbaalisesti ilmaisemaan kipunsa, esimerkiksi kehitysvammaisen henkilön voi olla vaikea kertoa kivustansa sanallisesti (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 4-5.)

Kivun kokemiseen ei vaikuta ainoastaan itse vaurio tai vamma. Ihminen on psykofyysinen kokonaisuus, mikä tarkoittaa, että mieli ja keho ovat yhteydessä toisiinsa. Kivun ilmaisuun ja kokemiseen vaikuttavat tällöin myös asenteet, emotionaalinen tila, tarkkaavaisuus ja odotukset. Tämä laajentaa kivun hoitotyön käsitystä, mikä laajentaa samalla kivun hoitomenetelmien mahdollisuuksia. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 5.) Vaikka kivun

ilmaiseminen on aina yksilöllistä, on eri tutkimuksissa havaittu, että kulttuuri vaikuttaa ihmisen kipukäyttäytymiseen. Eroavaisuuksia voidaan parhaiten havaita kivun ilmaisemisessa ja sen sietämisessä. Esimerkiksi Etelä-Afrikassa tehdyssä tutkimuksessa vuonna 2006 havaittiin, että tummaihoisilla potilailla oli parempi kivunsietokyky verrattuna valkoihoisiin ja intialaisiin potilaisiin. Toisessa tutkimuksessa, jossa verrattiin länsimaalaisia potilaita kiinalaisiin potilaisiin, havaittiin, että kiinalaiset potilaat eivät halunneet näyttää kipuaan julkisesti, koska he halusivat säilyttää ”hyvän” potilaan kuvan itsensä. (Bell & Duffy 2009, 154.)

Lyhytkestoinen eli akuutti kipu on usein kehon varoitusmerkki sitä uhkaavasta vaarasta, esimerkiksi akuutista tulehduksesta tai vammasta (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 5; Nirmala & Premila 2014, 93). Akuutti kipu häviää usein kudosvaurion paranemisen myötä. Leikkauksen jälkeinen kipu luokitellaan myös akuuttiin kipuun (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 5). Akuutin leikkauksen jälkeisen kivun voimakkuus ja laatu riippuvat paljon itse leikkauksesta ja potilaskohtaisista tekijöistä (Kontinen & Hamunen 2015, 1921). Akuutilla kivulla on useita vaikutuksia kehoon, kuten verenpaineen kohoaminen, verenkiertoelimistön rasitus ja suolen toiminnan lamaantuminen. Kun akuuttia kipua osataan hoitaa oikein ja ajoissa, on sillä positiiviset vaikutukset hoidon tuloksiin. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 3.) Lääkkeellisiä hoitomenetelmiä akuutin kivun hoitoon on monia erilaisia, kuten kipulääkkeet (opioidit, tulehduskipulääkkeet, parasetamoli) ja epiduraalipuudutus. (Nirmala & Premila 2014, 93). Lääkkeettömiä tapoja lievittää kipua on olemassa myös useampia eri vaihtoehtoja, kuten asentohoito, kylmähoito ja rentoutumisharjoitukset (Kivunhallintatalo 2019).

Huonosti hoidettu akuutti kipu voi pitkittyä. 10-50 %:lla potilaista, jotka ovat olleet kirurgisessa toimenpiteessä akuutti leikkauksen jälkeinen kipu pitkittyä, ja 2-10 %:lle heistä kehittyy krooninen kiputila, jota voi olla hyvinkin vaikea hoitaa. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 3.) Pitkäaikainen eli krooninen kipu tarkoittaa kiputilaa, joka on kestänyt yli 3 kuukautta tai jos normaali kudosvaurion paranemisaika on pitkittynyt (Haanpää 2010, 2873; International Association for the study of pain, 2019). Kroonisen kivun synnylle on olemassa monia syitä, kuten leikkausten jälkitilat, ääreishermon vauriot sekä tuki- ja liikuntaelimistön sairaudet. Krooninen kipu voi esiintyä myös muidenkin sairauksien yhteydessä, esimerkiksi osteoporoosin eli luukadon kanssa. (Kivunhallintatalo 2019.) Kivun kroonistumiseen

vaikuttavat myös itse vaurion tai sairauden lisäksi psykologiset, psykososiaaliset ja biologiset tekijät (Hagelberg & Haanpää 2015, 249). Pitkäaikainen kipu on yleisintä vanhemmilla ikäryhmillä (yli 55-vuotiaat) ja se on yleisempää naisilla kuin miehillä (Hagelberg & Heiskanen 2012, 2461). Kroonisen kivun kanssa joutuu elämään lähes joka viides aikuinen. Usein kipu pysyy hallinnassa lääkkeettömillä tavoilla, mutta hyvin vaikeasta kiputilasta kärsii 5% miehistä ja 7% naisista. (Kivunhallintatalo 2019.) Krooninen kipu pahimmillaan rajoittaa ihmisen arkipäiväistä elämää, mikä heikentää elämänlaatua. Pitkäaikainen kipu aiheuttaa kustannuksia itse kivusta kärsivälle kuin yhteiskunnallekin. (Hagelberg & Haanpää 2015, 249.) Kroonisen kivun ehkäisyssä yksi tärkeimpiä tekijöitä on akuutin kivun onnistunut hoito. (Haanpää 2010, 2873; Hagelberg & Haanpää 2015, 249).

Leikkauksen jälkeisen kiputilan kroonistuminen on yleistä ja se on huonosti tunnistettu ongelma (Tiippana 2015, 48). Leikkauksen jälkeisen akuutin kivun pitkittymiselle on olemassa useita eri riskitekijöitä, muun muassa ikä, masennus, ahdistuneisuus ja leikkauksessa syntynyt hermovaurio (Hagelberg & Haanpää 2015, 250; Thapa & Euasobhon 2018, 156; International Association for the study of pain, 2019). Kroonista kipua on todettu esiintyvän erityisesti seuraavissa leikkauksissa: tyräleikkaus, amputaatiot, rintakehän avausleikkaus ja rintarauhaskirurgiassa (Hagelberg & Haanpää 2015, 250). Potilaat, joilla on kohonnut riski akuuttiin ja krooniseen kipuun tulisi tunnistaa ennen leikkausta, jolloin kivunhoitomenetelmät pystyttäisiin keskittämään heihin. Kroonisen kivun hoidossa suositetaan multimodaalista kivunhoitoa eli yhdistetään useampi kivunhoitomenetelmä tai lääke, minkä avulla pystytään lisäämään yhden menetelmän tehoa ja vähentämään haittavaikutuksia. (Tiippana 2015, 49-50.)

Kroonisen kivun hoitoon on olemassa useita eri hoitomenetelmiä. Hoitomenetelmien valinta riippuu kivun laadusta ja voimakkuudesta. Kudosvauriosta johtuvassa kivussa voidaan käyttää tavanomaisia kipulääkkeitä. Näiden lisäksi mahdollisina hoitomenetelminä voi olla muun muassa akupunktio, fysikaaliset hoidot ja puudutukset. Mikäli pitkittynyt kipu liittyy hermovaurioon, voidaan kivunhoitona käyttää depressio- ja epilepsialääkkeitä sekä opioideja. Jos kivun aiheuttajana ei toimi kudostai hermovaurio, eivätkä kroonisen kipuoireyhtymän diagnostiset kriteerit täyty, niin puhutaan tällöin idiopaattisesta kivusta. Idiopaattiseen kipuun lääkkeiden teho on huono. Keskeisempää hoidossa on potilaan omatoiminen liikkuminen, mikä ylläpitää potilaan toimintakykyä. Kroonisessa kivunhoidossa vertaistuki on myös tärkeätä ja tätä voi hakea esimerkiksi kivunhallintaryhmistä. (Haanpää 2010, 2873.) Paras hoitotulos kroonisen kivunhoidossa saavutetaan, kun

tehdään moniammatillista yhteistyötä. Moniammatillisella yhteistyöllä pystytään hahmotamaan potilaan kipua useasti eri suunnasta. Moniammatilliseen ryhmään voi kuulua lääkärin ja sairaanhoitajan lisäksi fysioterapeutti, psykologi, sosiaalityöntekijä ja toimintaterapeutti. (Kivunhallintatalo 2019.)

2.2 Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö -hoitosuositus

Hoitosuositus on tiettyyn tautiin tai oirekuvaan laadittu suositus, jonka ovat laatineet asiantuntijat. Hoitosuosituksen sisältö perustuu tiivistettyyn tutkimusnäyttöön. Suosituksen tarkoituksena on kertoa, mitkä toimet auttavat tietyn sairauden ehkäisyssä, toteamisessa ja hoidossa. Hoitosuositukset ohjaavat terveysalan työntekijöiden työtä ja sen avulla yritetään yhtenäistää hoitokäytäntöjä, jolloin kaikki potilaat saisivat tasa-arvoisempaa ja mahdollisimman hyvää hoitoa. Hoitosuosituksia laaditaan eri puolilla maailmaa. Suomessa olemassa olevien hoitosuositusten sisältöihin vaikuttavat seuraavat toimijat: Duodecimin tuottamat Käypä hoito -suositukset, Joanna Briggs Instituutti, Cochrane-verkosto ja Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen Finoha arviointiyksikkö. (Ahonen ym. 2016, 20-22.)

Kivun hoitotyön tarkoituksena on auttaa hoitotyön keinoin kipua kokevaa potilasta ja hänen omaisiaan. Kivuliaan potilaan hoitotyö edellyttää sairaanhoitajalta kykyä tunnistaa potilaan kipua, valita tilanteeseen sopivat hoitotyön auttamiskeinot sekä yhdistää ne muihin kivunhoitokeinoihin ja arvioida hoidon onnistumista. (Salanterä ym. 2006, 9.) Tärkeätä on ymmärtää myös, miten potilas kokee kivun (Claassens 2017, 15). Hyvään kivunhallintaan tarvitaan moniammatillinen lähestymistapa (Francis & Fitzpatrick 2013, 351). Kivun hoitotyön onnistumisen kannalta on oleellista, että kaikki moniammatillisen tiimin osapuolet ovat perillä omasta roolistaan potilaan kivun hoidossa. Se onnistuu parhaiten, kun on etukäteen mietitty, miten hoito kokonaisuutena toteutetaan. (Salanterä ym. 2006, 11.)

Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyön perustana toimii potilaan kokemus kivusta (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 5). Suosituksen tarkoituksena on antaa ajankohtaista tietoa hoitoalan henkilöille potilaan kivun hoitotyöstä. Suosituksessa esitellään mitä tieteellistä näyttöä on olemassa kirurgisen potilaan kivun hoitoon liittyen. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2019.) Suosituksessa on käytännön tietoa jokaisen

hoitotyön prosessin eri vaiheisiin eli kivunhoidon tarpeen määrittelyyn, hoidon toteuttamiseen ja sen arviointiin (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 5). Hoitosuositus voidaan tiivistää kahdeksaan kohtaan:

1. Potilaalle tulee antaa tietoa itse kivusta, sen hoidosta ja arvioinnista. Riittävä tieto ja ohjaus leikkaukseen liittyvistä asioista lievittää potilaan pelkoa ja ahdistusta.
2. Kun potilaan kipua arvioidaan, tulee muistaa, että kivun kokemiseen vaikuttaa moni asia, kuten aikaisemmat kipukokemukset, masennus ja pelko.
3. Kivunarvioinnissa tulee aina kysyä potilaan oma arvio kivustansa ja suositetaan kipumittaria minkä potilas on itse valinnut. Kipua tulee mitata eri tilanteissa, kuten levossa ja liikkeessä, ja sitä arvioidaan säännöllisesti. Kipua arvioitaessa tulee muistaa kysyä kivun sijainti, sen laatu ja tarkkaillaan kipukäyttäytymistä. Mikäli potilas ei pysty kommunikoimaan, niin tarkkaillaan hänen kipukäyttäytymistä.
4. Potilaalle suunnitellaan yksilöllinen kivun hoitosuunnitelma kivun arviointiin perustuen ja sitä noudatetaan.
5. Kivunhoidossa käytetään lääkkeellisten hoitotapojen lisäksi lääkkeettömiä hoitomenetelmiä, kuten musiikki, ohjattu mielikuvittelu tai asentohoito. Sairaanhoitajalla tulee olla riittävästi tietoa lääkkeettömistä menetelmistä, jotta hän voi suositella niitä potilaalle.
6. Potilaan kipua ja kipulääkkeiden mahdollisia haittavaikutuksia tulisi seurata säännöllisesti hoidon ajan.
7. Potilaaseen liittyvä kivunhoito tulisi kirjata täsmällisesti potilasasiakirjoihin.
8. Kivunhoidon laatu varmistetaan hoitajien säännöllisellä koulutuksella kivun hoitoon liittyen ja potilaspalautteita tulisi kerätä säännöllisesti. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 24-25.)

2.3 Kivun arviointi

Kivun mittaus toimii pohjana kivun hoitotyölle, kun potilas kokee kipua. Säännöllinen ja perinpohjainen potilaan kivun arviointi sairaanhoitajan toimesta, auttaa siinä, että pystytään saavuttamaan potilaalle optimaalinen kivunlievitys. Kivun voimakkuutta tulisi arvioida ja kirjata ylös ajoittain kivun kovuudesta ja potilaan kliinisestä tilanteesta riippuen. Kivun arviointi ja sen hoito on tärkeä osa hoitotyötä ja kipua pääosin arvioidaan sairaanhoitajan ja potilaan välisen sanallisen kommunikaation avulla. (van Dijk ym. 2012, 65.)

Kivun kestosta on tärkeää tietää sen alkamisaika sekä kivun ilmeneminen toimintojen ja ajan suhteen. Osa kivuista voi olla voimakkaampaa aamuisin kuin iltaisin, ja osa kivuista voi taas ilmetä elimistön toiminnan rytmissä tai säännöllisesti tiettyjen toimintojen yhteydessä. Kivun voimakkuutta tulisi arvioida ainakin levossa sekä liikkeessä, ja pahimmillaan sekä lievimmillään. Kivun voimakkuus on suhteellista ja jokainen potilas kokee sen omalla tavallaan. Jokaisen potilaan kokemus kivusta on yksilöllinen ja potilaan kipua voidaan verrata vain hänen aiempiin kipukokemuksiinsa, ei toisten kokemaan kipuun. (Salanterä ym. 2006, 84.)

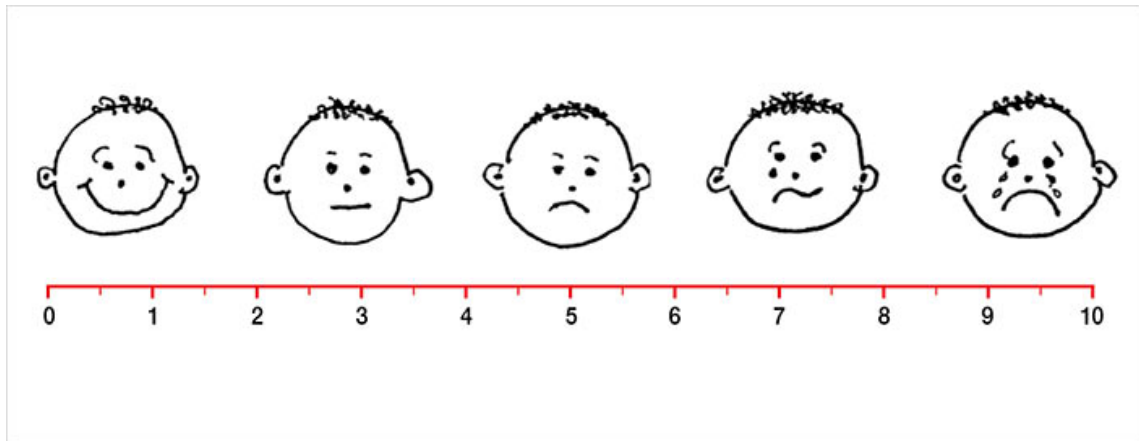
Kivun arviointiin ei ole olemassa yhtä oikeata tapaa (Bach ym. 2018, 609). Kivun arvioinnin apuna voidaan käyttää erilaisia mittareita. Osa kivun mittareista käytetään vain tutkimustarkoituksissa, mutta osa niistä on kehitetty sopivaksi myös kliinisen hoitotyön tueksi. Kivun laatua on mahdollista kuvailla erilaisilla adjektiveilla kuten pistävä, polttava, tylppä tai terävä. Kivun mittauksen tarkoitetut asteikot vaihtelevat sen mukaan, miten tarkkaa tietoa kivun voimakkuudesta halutaan. Kipumittarin valintaan vaikuttaa sen luontevuus sekä potilaan mieltymykset. Toisille potilaille on helpompaa hahmottaa kivun arvioinnissa numeroita, osa voi hahmottaa kiilan paremmin ja joillekin kivun voimakkuutta kuvaavat sanat voivat sopia parhaiten. (Salanterä ym. 2006, 83.)

Lähtökohtana kivun arvioinnissa on aina potilaan oma arvio kivusta (Kipu. Käypä hoito -suositus 2017). Akuutin kivun mittaamiseen ei ole olemassa vain yhtä ja ainoa objektivistä arviointimenetelmää, vaan usein joudutaan myös käyttämään subjektiivisia mittareita. Arvioitaessa kipua tulisikin ottaa huomioon useat eri alueet ja ulottuvuudet. Kivun voimakkuuden arviointi ei pelkästään riitä, huomioon tulisi ottaa myös kivun kesto, sijainti, laatu sekä kivun emotionaalinen ja kognitiivinen luonne, myös potilaan kipukäyttäytyminen otetaan huomioon. (Pätäri 2014, 7.) Kipua ja sen mittaamista voidaan pitää yhtä tärkeänä kuin verenpaineen, sykkeen, kehon lämmön ja diureesin mittaamista. Kipua tulee arvioida ainakin kerran työvuoron aikana, mutta myös erilaisissa tilanteissa ja nämä arvot tulee kirjata huolellisesti. Potilaalta tulee suositusten mukaan aina ensisijaisesti arvioida kipua kysymällä potilaalta kivusta ja käyttämällä kivun arvioinnin apuna potilaan itsensä valitsemia kivun mittaamiseen tarkoitettuja mittareita. Kipua tulisi arvioida ennen ja jälkeen kipulääkityksen annon, kivuliaiden toimenpiteiden ja toimintojen jälkeen sekä siirrettäessä potilasta yksiköiden välillä. (Formisto 2017, 10.)

2.3.1 Kivun mittarit

NRS eli Numeric Rating Scale on numeerinen kipumittari, jossa on 11-portainen asteikko (Kuva 1). Siinä numero 0 tarkoittaa kivuttomuutta ja 10 on sietämätön kipu tai pahin mahdollinen kipu, jonka potilas voi kuvitella. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 12; Eriksson ym. 2014, 41-42.) Erikssonin 2014 toteuttaman tutkimuksen mukaan NRS yksinkertaisti kivun kuvailun potilaille. Heidän oli helpompi valita numero, joka kuvasti heidän kipunsa voimakkuutta, kun kuvailla sitä sanoin. Sairaanhoitajien oli myös helpompi NRS avulla ymmärtää potilaan kivun voimakkuutta. Potilaat halusivat kuitenkin vielä myös kuvailla kipua, kuten mihin sattuu ja millä tavoin. (Eriksson ym. 2014, 45.) Yleinen suositus on lääkittää potilaan kipua, jos se on yli kolme NRS asteikolla. Tosin, jos sairaanhoitajat pitävät tätä sääntönä ja käyttävät kivun arvioimiseen vain NRS asteikkoa, voi olla ylilääkitsemisen vaara. (van Dijk ym. 2012, 66; Eriksson ym. 2014, 45.) Sairaanhoitajan tulee pitää mielessä, että kipu on aina subjektiivinen kokemus ja jos potilas arvioi kivukseen 5 NRS asteikolla, se ei ole sama kaikille potilaille (Eriksson ym. 2014, 42-44).

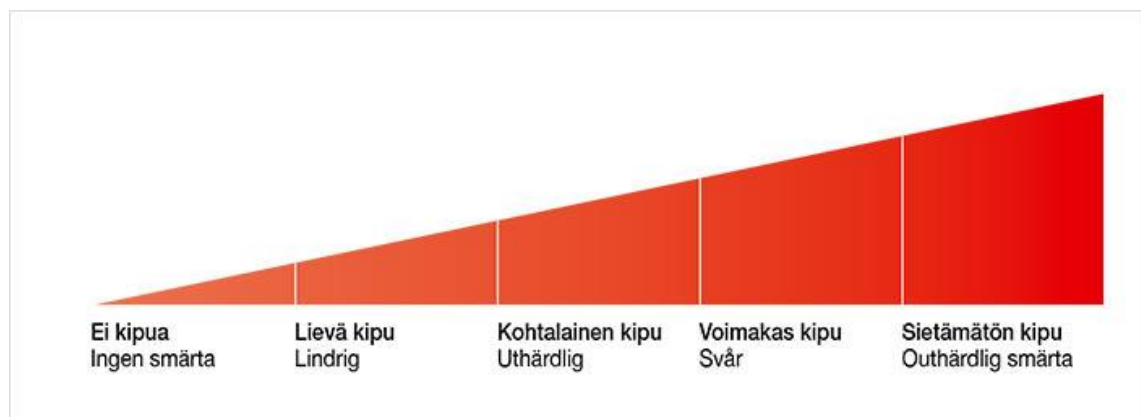
FPS eli Faces Pain Scale (kipukasvomittari) (Kuva 1), on luotettava kivunmittari, jossa sarja kasvojen erilaisia ilmeitä kuvaavat kipua ja sen voimakkuutta asteikolla ei lainkaan kipua – sietämätön kipu (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 12; Van Giang ym. 2015, 679). FPS-mittarista on useita erilaisia versioita, mukaan lukien kuusi, seitsemän ja yhdeksän kasvoiset versiot. FPS:n hyöty kivun arvioimisessa on se, että sen käyttö ei tarvitse laajaa osaamista lukemisessa tai kirjoittamisessa, jos verrataan toisiin kivun arviointi mittareihin. Lisäksi FPS:ssä on todistettu olevan pienempi virhe arviointien määrä kuin toisilla kivun mittareilla. FPS sopii erityisen hyvin lapsille, vanhuksille ja aikuisille. NRS-asteikko on hyvin käytetty potilaiden kivun arvioinnissa, joten FPS-mittarista on tehty myös sitä vastaava versio, jossa on 11 kasvokuvaa (vaihteluväli 0-10). (Van Giang ym. 2015, 679.)



Kuva 1. Kipumittari kasvo- ja numeraalisella asteikolla (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2015b).

VAS eli Visual Analogue Scale (visuaalinen analoginen kipumittari) on 10 cm pitkä horisontaalinen jana, jossa toinen pää kuvaa kivuttomuutta ja toinen pää sietämätöntä kipua (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 12). Janalta potilas näyttää kohdan, jonka kokee kipunsa voimakkuuden olevan. Kipujan toisella puolella on mitta-asteikko, jonka avulla on mahdollista katsoa näytetty kipu lukuna 0-10 cm tai 0-100mm. (Salanterä ym. 2006, 84.) 100mm VAS-mittarin vaihteluväli on nolasta sataan, jossa nolla kuvastaa tilannetta, jossa potilaalla ei ole kipua ja 100 on kovaa kipua. VAS-mittaria käytettäessä on yleisesti hyväksytty, että pistemääränä 30 on lievä, 70 on kohtuullinen ja 100 tarkoittaa erittäin kovaa kipua. (Myles ym. 2017, 425-426.) Kipujana on melko luotettava kivun arviointi väline, tutkimukset tosin ovat osoittaneet, että potilailla on taipumus valita kipujan molempia ääripäitä herkemmin kuin janan keskiosaa. Osalle potilaista on myös hankalaa arvioida kipua ilman selkeää asteikkoa. (Salanterä ym. 2006, 84-85.) Kipujanalle vaihtoehtoinen kipumittari on kipukiila eli Red Wedge Scale (RWS). Se on alun perin Suomessa kehitetty visuaalinen kivun mittaamismenetelmä, jossa kipua mitataan punaisella kiilamaisella kolmiolla. Kipumittarin takana on senttimetriasteikko, jolta potilaan näyttämän kivun voimakkuus luetaan. RWS on lineaarinen, havainnollinen ja selkeä asteikko. (Pesonen 2011, 157-158.)

VDS eli Verbal Descriptor Scale, joka on sanallinen kipumittari (Kuva 2). Sen avulla potilas arvioi kipunsa sanallisesti, ei kipua, lievä kipu, kohtalainen kipu, voimakas kipu ja sietämätön kipu. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 12.) Sanallisesti voi kipua myös kuvailla VRS:n (Verbal Rating Scale) avulla. VDS on hieman kipusanastoltaan laajempi kuin VRS. Tosin VRS:n etuna on kipusanaston helppokäyttöisyys ja yksinkertaisuus kliinisessä työssä. VRS:n on myös todettu olevan käytännöllinen mitattaessa vanhusten kipua, sillä sen kipusanasto on helppo ymmärtää. (Pesonen 2011, 157.) Karcioğlu ym. 2018 tekemän tutkimuksen mukaan tämän mittarin avulla voidaan havaita myös ne potilaat, jotka eivät kerro helposti kivustaan sairaanhoitajalle. VRS-asteikon käyttö voi olla vaikeaa potilaille, joilla on rajallinen lukutaito tai kognitiivinen rajoite. (Karcioğlu ym. 2018, 708.)



Kuva 2. VDS eli sanallinen kipumittari (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2015b).

2.3.2 Kivun arviointi havainnoimalla ja tarkkailemalla

Potilaan kipua arvioidaan paljon hänen ulkoisen olemuksensa perusteella. Nonverbaaliseen kipuviestintään kuuluvat ilmeet, ääntely, eleet, kehon liikkeet ja potilaan yleinen olemus. Potilaan sekavuus, aggressiivisuus, levottomuus tai muut tunnereaktiot voivat mahdollisesti olla merkkejä hänen kivustaan. Kipukäyttäytyminen sisältää monia samoja osatekijöitä kipuviestinnän kanssa. (Pätäri 2014, 12.) Kommunikointiin kykenemättömien, muistisairaiden tai kuulorajoitteisten potilaiden kivun arviointi voi olla hyvinkin hankalaa. Potilaan, joka ei kykene kommunikoimaan sairaanhoitajan kanssa, kipua arvioidaan havainnoimalla hänen kipukäyttäytymistään. Potilaasta havainnoidaan kipua osoittavia nonverbaalisia kipuviestejä, kuten kasvojen ilmeitä, persoonallisuuden muutoksia, muutoksia henkisissä toiminnoissa tai muutoksia päivittäisissä toiminnoissa. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus,

2013, 15; Pätäri 2014, 12.) Kasvoilta havaittavien kipua ilmaisevien ilmeiden ja eleiden on havaittu pysyvän samoina läpi ihmisen elämän (Pätäri 2014, 12). Kipua osoittavaa käyttäytymistä voi vielä edellä olevien lisäksi olla, valittaminen, pelko, kipualueen varjelu, epämukava olo, välttämiskäyttäytyminen, sydämen sykkeen nousu, liikkumattomuus, ruokahaluttomuus, vetäytyminen, epätavallinen asento, hengitystoiminnan muutos tai verenpaineen (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 14).

Kipua on myös mahdollista arvioida erilaisten havainnointimittareiden avulla. Näiden mittareiden luotettavuuden arviointi on vielä vähäistä, mutta niitä on silti mahdollista käyttää apuna, kun arvioidaan kommunikoimaan kykenemättömän potilaan kipua. Mittareita käytettäessä kivun arviointi perustuu toistuvasti samoihin kriteereihin, joten tällöin yksittäiset arviointikerrat ovat keskenään verrattavissa. Esimerkiksi PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) on tällainen mittari. Se koostuu viidestä luokasta eli kasvojen ilmeet, ääntely, lohdutuksen tarve, kehon kieli ja hengitys, näiden perusteella arvioidaan potilaan kipua. PAINAD on helppokäyttöinen, lyhyt ja mittaa herkästi muutoksia potilaan kivun voimakkuudessa. Mittari on kuitenkin vielä testausvaiheessa. Toinen PAINAD:n kaltainen mittari on CNPI eli The Checklist of Nonverbal Pain Indicators. Se koostuu kuudesta eri osa-alueesta: kasvojen ilmeet, valittaminen, ääntely, tuen tarve, levottomuus ja kipualueen hierominen. Näiden perusteella arvioidaan potilaan kipua, joka on herkästi havaittavissa potilaan kasvojen ilmeistä sekä valittamisen ja ääntelyn perusteella. CNPI on ainoa mittari, jota on jo hieman testattu leikkauksenjälkeisen kivun arvioinnissa iäkkäillä ihmisillä, jotka kärsivät muistioireista. Sen testausta on kuitenkin vielä jatkettava. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 15.)

2.4 Kipulääkkeiden antotavat

Lääkkeiden antotavalla tarkoitetaan keinoa, jolla lääke saadaan potilaan kehoon (Saano & Taam- Ukkonen 2016, 193). Lääkkeen antoreitti vaikuttaa siihen, milloin lääkkeen vaikutus alkaa, kuinka kauan se kestää, kuinka voimakas lääkkeen vaikutus on ja mikä on kivun syy (Salanterä ym. 2006, 133). Lisäksi myös potilaasta riippuvat tekijät ja kustannukset vaikuttavat siihen, mikä lääkkeen antotapa valitaan (Saano & Taam-Ukkonen 2016, 193). Antoreitit voidaan jaotella kahteen: enteraalinen, eli lääkkeen annostelu

ruoansulatuskanavaan, ja parenteraalinen, eli lääkkeen annostelu suoneen esimerkiksi ihon alle tai lihakseen. (Salanterä ym. 2006, 133.)

Enteraalisella antotavalla, per os (p.o.), tarkoitetaan annostelua suun kautta. Se on turvallisin antotapa ja vaikutus perustuu siihen, että lääkeaine imeytyy ruoansulatuskanavasta verenkiertoon ja siitä vaikutusalueelle. (Salanterä ym. 2006, 134.) Tableteilla ki-vunlievitys saavutetaan yleensä puolesta tunnista tuntiin (Salanterä ym. 2006, 135). Ne voidaan varmuudella puolittaa, jos niissä on jakouurre (Boyd, 2013, 52)

Enterotabletit ja -kapselit ovat hitaasti lääkeainetta vapauttavia ja alkavat hajota vasta suolistossa. Enterovalmisteita ei tämän takia saa halkaista tai murskata ja se tulisi ottaa tyhjään vatsaan runsaan nesteen kera, jottei se jäisi mahalaukkuun moneksi tunniksi. (Salanterä ym. 2006, 135.) Depot-valmisteissa vaikutusaika kestää pidempään, koska lääkeainetta vapautuu hitaasti. Niitäkään ei saa puolittaa, murskata tai pureskella (Salanterä ym. 2006, 135), koska tällöin potilas voi saada kahdesta neljään kertaisesti enemmän lääkeainetta, kuin kuuluisi (Saano & Taam-Ukkonen 2016, 199). Depot-valmisteissa on enemmän lääkeainetta, joten niiden liian nopea imeytyminen voisi aiheuttaa haittavaikutuksia (Salanterä ym. 2006, 135). Lääkeaine voidaan myös annostella peräsuoleen (p.r.), josta lääkeaineen imeytyminen on huonommin ennustettavissa, kuin suun kautta otettuna. Aikuisella peräpuikkoja voidaan käyttää esimerkiksi, kun tajunnantaso on alentunut. (Salanterä ym. 2006, 134-135.)

Parenteraalisella antotavalla tarkoitetaan lääkkeen antoa esimerkiksi laskimoon (i.v.), lihakseen (i.m.) tai ihon alle (s.c.) (Salanterä ym. 2006, 136; Boyd 2013, 66). Lääkkeitä antaessa tulee noudattaa tarkkaa aseptiikkaa. Lääkkeen vaikutus alkaa nopeasti (Salanterä ym. 2006, 136; Boyd, 2013, 68), mutta näin myös lääkehoidon riskit kasvavat ja haittavaikutukset lisääntyvät. Laskimoon annosteltaessa on varmistettava, että kipulääke ei mene ympäröivään kudokseen ja näin ollen aiheuta kudonvauriota tai -ärsytystä. (Salanterä ym. 2006, 136.)

Lihakseen laitettava lääke annostellaan yleensä pakarän, reiden tai olkavarren lihakseen (Salanterä ym. 2006, 137). Lihakseen voidaan annostella suhteellisen suuria määriä lääkeainetta, aikuisille noin 2-5ml lihaksen koon mukaan (Saano & Taam-Ukkonen 2016, 237). Lääke tehoaa yleensä 10-30 minuutissa (Salanterä ym. 2006, 137; Saano & Taam-Ukkonen 2016, 238). Injektoitava lihas valitaan lääkeaineen ja sen määrän, potilaan lihavuuden ja rasvakudoksen määrän, pistopaikan ihon kunnon, potilaan iän ja sukupuolen sekä lääkeaineen lihasta ärsyttävän ominaisuuden perusteella. Lisäksi injek-

tioneulan on jäätävä kolmasosan verran pistopaikan ulkopuolelle. (Saano & Taam-Ukkonen 2016, 238.)

Ihon alle pistettävä lääkeaine yleensä annostellaan olkavarren ulkoreunaan, (Salanterä ym. 2006, 137) reiteen tai vatsanalueelle. Ihon alle pistetään lääkeaineita, jotka imeytyvät hitaasti, esimerkiksi insuliinia (Saano & Taam-Ukkonen 2016, 230). Lääkkeen vaikutus alkaa melkein yhtä nopeasti, kuin lihakseen pistettäessä (Salanterä ym. 2006, 137). Lisäksi parenteraalinen antotapa käsittää iholle annosteltavan lääkeaineen, kuten laastarit ja voide- sekä geelimäiset paikalliset kipulääkkeet (Salanterä ym. 2006, 137) sekä nivelen (i.a.) ja luun sisään (i.o.) annosteltavat lääkkeet (Saano & Taam-Ukkonen 2016, 235).

2.5 Lääkkeellinen kivunhoito

Kipulääkkeillä tarkoitetaan sellaista ainetta tai valmistetta, joka on määrätty lääkelaiissa, ja jonka on sisäisesti tai ulkoisesti käytettynä tarkoitus parantaa, lievittää tai ehkäistä kipua (Salanterä ym. 2006, 107; Boyd 2013, 3). Lääkkeellinen kivunhoito onkin tärkeä osa kivun hyvää hoitoa. Tulehduskipulääkkeitä käytetään leikkauksen sekä vamman jälkeisen kivun lievitykseen, mutta ne eivät sovellu hermovauriokivun hoitoon. Vahvemmat kipulääkkeet, opioidit, otetaan käyttöön, kun muiden kipulääkkeiden teho ei ole riittävää. Opioidien käyttö tulisi olla lyhytaikaista, koska niiden haitat korostuvat suurilla annoksilla ja pitkään jatkuvan käytön seurauksena. (Kalso 2018, 177.) Parhaisiin tuloksiin päästään, kun hyvä lääkkeellinen kivunhoito yhdistetään muihin kivunhoidon menetelmiin, esimerkiksi asentohoitoon tai kylmähoitoon (Salanterä ym. 2006, 107). Lisäksi hyvä kivun hoito edistää aikaista mobilisaatiota ja kotiutumista (Ali ym. 2015, 4; Xavier ym. 2018, 2440).

Lääkäri on vastuussa kivun lääkehoidosta, mutta sairaanhoitaja on vastuussa lääkehoidon toteutuksesta. Lääkehoito perustetaan potilaan tarpeisiin ja toteutetaan noudattaen lääkemääräyksiä. Potilaalle suunnitellaan aina yksilöllinen kivunhoidon suunnitelma. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 16.) Jokainen lääke tulee antaa vain potilaan omasta tahdosta (Boyd 2013, 49). Annettuja lääkemääriä tutkittaessa iäkkäiden kivunlievitys todettiin alihoidetuksi ja he saivat usein kipulääkkeen suosituksista huolimatta lihakseen. Lisäksi vaikka tiedettiin, että lonkkaleikkauksen jälkeen potilailla on kipua, heidän kipulääkityksensä ei ollut asianmukaista. Potilaat, jotka saivat nopeasti apua kipuunsa, olivat tyytyväisempiä

saamaansa hoitoon. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 16.)

Muihin Pohjoismaihin verrattuna Suomessa käytetään enemmän tulehduskipulääkkeitä ja pienemmissä määrin parasetamolia ja opioideja (Kalso 2018, 177). Oikein käytettynä tulehduskipulääkkeet ovat tehokkaita tulehduksen ja kivun lievittäjiä (Salanterä ym. 2006, 110; Gouveia ym. 2016, 362; Kalso 2018, 177-178), mutta niillä on myös omat haittavaikutuksensa. Tärkeimpiä indikaatioita tulehduskipulääkkeiden käyttöön on esimerkiksi leikkauksen jälkeinen kipu sekä vammat, lihas- ja luustokipu, hammassärky, tulehdustilat, kuume, syöpäkipu, migreeni ja kuukautiskivut. (Salanterä ym. 2006, 110; Kalso 2018, 177-178.) Tulehduskipulääkkeiden haittavaikutukset ovat yleensä vähäisiä, mutta mahdollisia (Harvald Health Letter 2015, 7). Haittavaikutuksia ovat esimerkiksi ruuansulatuskanavan ärsytys ja verenvuoto. Näitä on yritetty estää valmisteilla, joissa on mukana ärsytystä estävää lääkeainetta. Ruuansulatuskanavan haittavaikutuksia on varottava etenkin niillä potilailla, joilla on mahahaava-anamneesi tai solunsalpaaja-, kortisoni- sekä sädehoidot kesken. Myös vanhuksilla tulehduskipulääkkeitä on harkittava tarkoin. Lisäksi niistä voi tulla erilaisia yliherkkyysoireita. (Kalso 2018, 181.) Tulehduskipulääkkeitä käyttävillä on normaalia enemmän vuototaipumusta, esimerkiksi leikkauksen yhteydessä. Tulehduskipulääkkeet voivat myös vaikuttaa antikoagulanttien farmakokinetiikkaan ja vaikka osa tulehduskipulääkkeistä onkin hyviä vaihtoehtoja (esim. Ibuprofeeni, naprokseeni, diklofenaakki), on parasetamoli turvallisempi valinta. (Kalso 2018, 181,183.)

Terveisiin munuaisiin tulehduskipulääkkeillä ei ole vaikutusta pitkäaikaisessa käytössä. Ne voivat kuitenkin aiheuttaa munuaissairaille, sydämen vajaatoimintapotilaille, valtimonkovettumatautia sairastaville ja nestetasapainohäiriöisille anuriaa ja hyperkalemiaa. Sydänsairailla sydämen vajaatoiminnan riski kasvaa noin kymmenkertaisesti tulehduskipulääkkeitä käytettäessä. Tulehduskipulääkkeet voivat myös pahentaa verenpainetauti ja heikentää verenpainelääkkeiden tehoa, (Kalso 2018, 183) siksi sydänsairaiden olisikin syytä välttää tulehduskipulääkkeitä (Harvald Health Letter 2015, 7). Lisäksi raskaana olevien naisten keskenmenojen riski kasvaa tulehduskipulääkkeitä käytettäessä, varsinkin viimeisen kolmanneksen aikana (Atkinson ym. 2015, 580). Eri tulehduskipulääkkeiden samanaikainen käyttö ei lisää kipua lievittävää tehoa, mutta lisää haittavaikutuksia. Siksi potilasohjaus on tärkeässä asemassa tulehduskipulääkkeiden käytössä. Eri lääkevalmisteiden välillä ei ole huomattavaa kipua lievittävää eroa, mutta erot näkyvät lähinnä erilaisissa haittavaikutuksissa. Mikäli tulehduskipulääkkeiden teho ei ole

riittävä, on potilaan kipu arvioitava uudelleen. Toisaalta potilasta tulee ohjata myös käyttämään tulehduskipulääkettä riittävällä annoksella. (Salanterä ym. 2006, 114.)

Parasetamoli ei kuulu tulehduskipulääkkeisiin (Kalso 2018, 184). Sillä on kipua ja kuumetta lieventävä vaikutus, mutta se ei vaikuta tulehdusreaktioon. Sitä voidaan käyttää myös esilääkkeenä ennen leikkausta. Parasetamolia käytettäessä tulee muistaa riittävä annostus, mutta pienemmätkin annokset voivat riittää esimerkiksi alentamaan kuumetta. Vuorokauden maksimi annostus on 3-4g. (Salanterä ym. 2006, 115.) Australialaisen tutkimuksen mukaan parasetamoli ei olisi paras vaihtoehto akuutinkivun hoidossa, kun potilas kärsii esimerkiksi alaselkävivusta. Potilaiden elämänlaadussa, unessa tai toimintakyvyssä ei huomattu mitään eroa, kun verrattiin parasetamolia täydellä vuorokausiannoksella (4g) plaseboon. (Grace 2015, 258.) Parasetamoli on maksatoksen ja varsinkin sen ja alkoholin yhteiskäytöllä on suurentunut maksavaurion riski (Boyd 2013, 25). On todettu, että parasetamoli ja ibuprofeeni yhdessä ovat tehokkaimpia kivun hoidossa, kuin kumpikin lääke yksinään. Yhdistämällä parasetamoli ja opioidi lisätään huomattavasti kivunlievityksen tehoa, mutta myös lisätään haittavaikutuksia, kuten riippuvuutta ja väärinkäytön mahdollisuutta. (Atkinson ym. 2015, 580.) Parasetamoli voidaan antaa myös suonensisäisesti, mutta se on taloudellisempaa antaa suun kautta (Boyd 2013, 8).

Opioidit estävät kivun välittymistä aivoissa, selkäytimessä sekä ääreishermostossa. Opioidien suurin ongelma syntyy, kun kroonista kipua ei voida hoitaa turvallisilla annoksilla. Pitkät opioidihoidot altistavat potilaat useille haittavaikutuksille. (Kalso 2018, 187.) Opioidia voidaan harkita otettavaksi käyttöön kudonsauriokivun hoidossa, kun tulehduskipulääkkeiden ja parasetamolien teho ei ole riittävää (Salanterä ym. 2006, 116). Opioidit voidaan jakaa kolmeen eri ryhmään. Heikkoja opioideja ovat kodeiini ja tramadoli, keskivahvoja opioideja on esimerkiksi buprenorfiini ja vahvoja opioideja ovat esimerkiksi fentanyl ja morfiini. (Gouveia ym. 2016, 355; Kalso 2018, 193-194.)

Opioidit ovat tehokkaimpia erilaisissa akuuteissa kipu- ja tulehdustiloissa, kuten leikkausten jälkeen, ja lisäksi ne ovat myös hyviä syöpäkipun hoidossa. (Kalso 2018, 188.) Näyttöä siitä, että opioideja kannattaisi käyttää pitkäaikaisesti muuhun, kuin syöpäkipuun on hyvin vähän. Hyötyä opioideista on saanut kuitenkin syöpäkipuisten lisäksi muun muassa nivelrikkoa tai vyöruusua sairastavien pitkäaikaisessa kivussa. (Nevantaus ym. 2013, 3331.) Opioidien teho on parempi yhdistettynä muihin kipulääkkeisiin (Gouveia ym. 2016, 359). Akuuttiin kipuun liittyy usein ahdistusta sekä pelkoa ja opiaatit lievittävät näitä kivusta aiheutuneita tuntemuksia (Kalso 2018, 189).

Opioidien yleisimmät haittavaikutukset ovat väsymys, pahoinvointi, oksentelu, ummetus, suun kuivuminen, hengityslama ja hypotensio. Opioidit voivat myös aiheuttaa sekavuutta, hallusinaatioita, virtsaumpea, mioosia (pupillin supistumistila), huimausta, euforiaa, dysforiaa, depressiota, hikoilua, kutinaa sekä lihasnykinää. (Nevantaus ym. 2013, 3335; Kalso 2018, 190-19.) Alkoholilla on myös vaikutusta opioidien käyttäytymiseen kehossa ja se voi aiheuttaa potilailla sekavuutta tai jopa hengityslamaa, koska alkoholi lisää merkittävästi keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden vaikutusta (Kalliokoski 2013, 331). Opioidien käyttöön liittyy nykyäänkin paljon virheellisiä käsityksiä ja pelkoja, niin poti-lailla, omaisilla, kuin ammattihenkilöilläkin. Nämä virheelliset uskomukset voivat johtaa riittämättömään kivunlievitykseen. Suurimpana pelkona on riippuvuuden kehittyminen. Potilaille onkin hyvä antaa tarpeeksi oikeata tietoa lääkkeistä ja niiden käytöstä. Tavallisimmat haittavaikutukset on hyvä käydä potilaan kanssa läpi ja se, miten niihin pystyy itse vaikuttamaan. (Salanterä ym. 2006, 125.)

Johtopuudutuksessa lääkeaine annostellaan lähelle hermorunkoa. Sitä käytetään olkapäänleikkauksissa sekä ranteen ja kämmenen alueen leikkauksissa. Laskimopuudutteita voidaan käyttää esimerkiksi pienissä kämmenen tai jalkaterän operaatioissa. Totaalinen puutuminen tapahtuu 15-20 minuutissa, mutta puudutteen vaikutus alkaa heti puudutteen laitton jälkeen. Lääkeaine ruiskutetaan ala- tai yläraajan laskimoihin, jotka on ensin tyhjennetty verestä painemansetin tai kuminauhasidoksen avulla. (Saano & Taam-Ukkonen 2016, 634-635.)

Epiduraalipuudutuksessa lääkeaine annostellaan epiduraalitilaan. (Saano & Taam-Ukkonen 2016, 635). Epiduraalinen kivunlievitys voidaan toteuttaa jatkuvana infuusiona, kerta-annoksena tai potilaan itsenäisesti annostelemina boluksina. Puudutuksen lisäksi epiduraalitilaan voidaan annostella myös opioideja, kuten morfiinia tai fentanylä. (Hämnen & Kontinen 2018, 300.) Epiduraalikatetrin paikka varmistetaan ruiskuttamalla katetriin adrenaliinia ja lidokaiinia. Jos monitorissa kiinni olevan potilaan syke nousee, on se merkki siitä, että katetri on verisuonessa. Leikkauksen jälkeen epiduraalikatetrin kautta kipulääkitystä voi jatkaa kahdesta kolmeen päivään. (Saano & Taam-Ukkonen 2016, 636-637.) Spinaalipuudutuksessa pienimäärä lääkeainetta ruiskutetaan subaraknoiditilaan (Saano & Taam-Ukkonen 2016, 637). Spinaalipuudutus on suosittu puudutuksen muoto, koska se on nopea, yksinkertainen, luotettava ja edullinen. Lääkemäärät ovat jopa kymmenen kertaa pienemmät, kuin epiduraalitilaan annosteltaessa. (Ranta & Väänänen 2016, 117.) Spinaalipuudutusta käytetään monissa ortopedisissä

leikkauksissa, kuten polven tekonivelleikkauksissa tai erilaisissa urologisissa leikkauksissa (Saano & Taam-Ukkonen 2016, 637).

Infiltraatiopuudutuksia käytetään esimerkiksi ennen ihon pienten haavojen ompelua (Saano & Taam-Ukkonen 2016, 634). Leikkaushaavan infiltraatiopuudutus on yksinkertainen, mutta sen vaikutusaika on vain muutamia tunteja. (Lempinen ym. 2011, 168.) On kuitenkin todettu, että tämä puudutuskeino ei ole kovinkaan tehokas (Hamunen & Kontinen 2018, 304). Potilaita, joille kestopuudutusta käytetään, on usein vasta-aiheisena epiduraalipuudutus, tulehduskipulääkkeet tai parasetamoli sekä opioideista tulee vaikeita haittavaikutuksia. (Kontinen & Hamunen 2015, 1925). Tätä puudutusmuotoa voidaan käyttää myös leikkauksen lopuksi parantamaan postoperatiivista kivunhoitoa. Niin sanottua LIA (Local Infiltration Analgesia) -puudutetta laitetaan leikkaushaavalle leikkauksalissa. (Saano & Taam-Ukkonen 2016, 634.) LIA-puudutuksen on todettu olevan turvallinen ja hyvä kivunlievitysmetodi leikkauksen jälkeisessä kivun hoidossa (Ali ym. 2015, 1). Se sisältää kolmea lääkeainetta: puudutetta, esimerkiksi ropivakaiini, tulehduskipulääkettä, esimerkiksi ketorolaakki ja verisuonia supistavaa lääkeainetta, kuten adrenaliinia (Saano & Taam-Ukkonen 2016, 634).

Puudutuksilla on myös komplikaatioita, esimerkiksi hypotensio, bradykardia, sydänpysähdys, allerginen reaktio, hermovaurio, infektio, puudutteen väärään paikkaan meneminen tai puudutuksen epäonnistuminen. Komplikaatiot ovat kuitenkin harvinaisia. (Pitkänen & Förster 2015, 442.) Asiaankuuluva tasainen seuranta (Hamunen & Kontinen 2018, 302) sekä mahdollisimman pienen, mutta tehokkaan lääkemäärän käyttö lisää haittavaikutusten riskien pienenemistä (Saano & Taam-Ukkonen 2016, 631; Hamunen & Kontinen 2018, 302). Puudutusten käyttö voi vähentää opioidien käyttöä jopa 100% (Kontinen & Hamunen 2015, 1921). Vasta-aiheita puudutukselle voi olla esimerkiksi antikoagolanttihoido, sepsis, tulehdus pistokohdalla tai potilaan kieltäytyminen puudutuksesta (Saano & Taam-Ukkonen 2016, 631). Metallin maku suussa, kielen ja huulten puuttuminen, korvien soiminen, vapina, outo olo ja sekavuus voivat olla merkkejä puudutemyrkytyksestä. Se tarkoittaa sitä, että puudutetta on joutunut verenkiertoon. Tällöin potilaan elintoiminnot, kuten hengitys ja sydämen toiminta on turvattava. (Saano & Taam-Ukkonen 2016, 632.)

2.6 Lääkkeetön kivunhoito

Nykyään, huolimatta kasvavasta tietoisuudesta kivun fysiologiasta, uusien lääkkeiden saatavuudesta ja lääkkeiden määräämisestä huolimatta, kivunhoito leikkauksen jälkeen on edelleen epätydyttävää ja riittämätöntä. Lääkehoidon, kuten opiaattien käytön lisäksi on olemassa monia erilaisia kivunhoidon menetelmiä, vaikka lääkehoito onkin kivunlievityksen käytetyin menetelmä. Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät ovat usein halvempia ja riskittömämpiä lääkehoitoon verrattuna, kun hoidetaan postoperatiivista kipua. (Khorsand ym. 2015, 774-775.) Lääkehoidon rinnalla käytetään sekä kognitiivisia, että fysikaalisia kivun hoitomenetelmiä. Osa näistä hoitomenetelmistä edellyttää erityisosaamista, esimerkiksi akupunktio. Sairaanhoidajalla tulee olla tietoa näistä kivunhoidon menetelmistä, jotta hän voi suositella niitä potilaille. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 17.) Lääkehoidon vaikutuksia voidaan myös tehostaa erilaisilla lääkkeettömillä hoitomenetelmillä, esimerkiksi kahvilla, jolla on tutkimusten mukaan kipulääkkeen, kuten parasetamolin ja ibuprofeenin, tehoa parantava vaikutus (Derry ym. 2017, 2). Kipuun kuuluu suuresti tunteet. Joskus ne auttavat ongelmanratkaisussa ja selviytymisessä, toisinaan ne tekevät kivun kanssa elämisestä hyvinkin vaikeaa. Tunteet eivät lähtökohtaisesti koskaan ole väärin tai huono asia. Kivun aiheuttamat tunteet onkin hyvä ottaa esille hoitohenkilökunnan kanssa. (Kivunhallintatalo 2019.)

Kylmähoito perustuu kylmän fysiologisiin aineenvaihduntaa hidastaviin sekä verenkiertoa ja turvotusta vähentäviin vaikutuksiin. Sitä käytetään pehmytkudosvammojen, jännetulehdusten sekä leikkausten jälkeisten kiputilojen hoidossa. Lyhytaikainen kylmähoito voi lisätä polvinivelen liikkuvuutta sekä vähentää turvotusta. Kylmähoito toteutetaan paikallisesti kylmä- tai jääpakkausten avulla 10-30 minuuttia kerrallaan, useaan kertaan päivässä. (Pohjolainen 2018, 248.) Erilaisissa kansainvälisissä tutkimuksissa kylmähoidon positiivinen vaikutus on huomattava kivunlievityksessä ja haavanparanemisen edistämässä (Altintas ym. 2014, 916). Vuotoriskin ja verenkierron lisääntymisen takia lämpöhoitoa ei suositella leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 18).

Yksi tärkeimmistä kivunlievityskeinoista on asentohoito. Asennonmuutos lieventää kipureseptoreihin kohdistuvaa ärsytystä. Kun veri ei pääse kiertämään, tulee potilaalle puutumisen tunnetta esimerkiksi selkään, takamukseen ja kantapäihin. Seurauksena voi olla painehaavaumat, jotka taas tuottavat lisää kipua. (Blomqvist 2000, 135.) Asennon

vaihtaminen edistää verenkiertoa ja vähentää lihasspasmeja (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 18). Hyvän asennon saamiseksi käytetään tyynyjä tai muita pehmusteita. Lisäksi on katsottava, ettei mitkään potilaassa kiinni olevat letkut tai seurantalaitteet paina potilasta ja aiheuta kipua. Yleensä vaihdot tehdään kyljeltä toiselle. (Blomqvist 2000, 135.) Tutkimukset ovat osoittaneet asentohoidon tärkeyden, mutta osa sairaanhoitajista kokee tarvitsevansa opastusta hoidon toteuttamisessa. Lisäksi sairaanhoitajista suurin osa tiedostaa asentohoidon tärkeyden, mutta ei tiedä miksi se on tärkeätä. (Castle ym. 2014, 137.)

Rentoutusta käytetään usein muiden kivun hoitojen lisäksi (Elomaa & Sipilä 2018, 256), koska näyttöä siitä, että rentoutus yksinään olisi riittävä kivun hoitona ei ole (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 19). Rentoutus sopii potilaille, joilla kipuun liittyy emotionaalisia ongelmia. Sitä voidaan ensin opetella jännittämällä ja sitten rentouttamalla lihasryhmiä, jotta ymmärrettäisiin jännittyneen ja rentoutuneen lihaksen ero. Sen jälkeen opetellaan rentoutuminen ilman lihasjännitystä. Harjoituksissa ei tarvitse käyttää nauhoitteita, vaan se on potilaan omaa aktiivista kivun hallintaa. (Salanterä ym. 2006, 154.) Myös musiikkia käytetään rentoutumisen apuna (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 19).

Hieronta on vanhin ja tunnetuin fysioterapian menetelmä. Paikallisen vaikutuksen lisäksi hieronta auttaa rentoutumaan ja rauhoittumaan. Tarkoituksena on vaikuttaa hermo-lihasjärjestelmiin sekä saada vaikutettua veren- ja imunestekiertoon. Hieronnan suurin tarkoitus on vähentää kipua, mutta pelkän hieronnan vaikutus on lyhytaikainen. (Pohjolainen 2018, 245.) Syöpäpotilailla hieronta on esimerkiksi kiellettyä joillakin klinikoilla (Salminen 2017, 2107), mutta niiden kieltämiseen kokonaan ei ole perusteita niiden kipua helpottavan vaikutuksen takia (Salminen 2017, 2105). Vasta-aiheina hieronnalle ovat myös esimerkiksi ihoinfektiot, imusuonitulehdukset, äskettäin sairastettu laskimotukos, vaikeat suonikohjut ja ateroskleroosi. (Pohjolainen 2018, 246).

Lymfaterapia on hierontaa, missä hitain, pyörivin liikkein ja pumppaavin ottein hierotaan kehon terveitä alueita. Hieronnalla stimuloidaan imusuonijärjestelmää ja pyrkimyksenä on saada aikaan kevyt ulkoinen paine lymfaturvotuksen poistamiseksi halutusta raajasta pääimuteiden suuntaan. Lisäksi tarkoituksena on vähentää turvotusta ja näin ollen kipua sekä rentouttaa. Hoitoa käytetään imusuonistoa vaurioittaneissa leikkausten jälkitiloissa, vammoissa, syöpäleikkausten ja sädehoitojen turvotuksen hoidossa, laskimo- ja valtimoperäisissä sekä sokeritaudin aiheuttamissa säärihaavoissa, lymfajärjestelmän

kehityshäiriöissä ja infektioiden aiheuttamissa imuteiden vaurioissa. (Pohjolainen 2018, 251.) Lymfaterapiaa annetaan 3-5 hoitokertaan (Väisänen 2016, 41; Pohjolainen 2018, 251). Hoitokertojen jälkeen potilaalle laitetaan kompressiosidokset, joita pidetään vuorokauden ympäri aina seuraavaan hoitokertaan saakka (Väisänen 2016, 41). Terapiaa voi antaa fysioterapeutin, sairaanhoitajan tai kuntahoitajan koulutuksen saanut henkilö, joka on lisäksi suorittanut lymfaterapiakoulutuksen. Lymfaterapian vasta-aiheita ovat hoitamaton syöpä, akuutti tai paikallinen tulehdus, laskimotukos, hemofilia tai epätasapainossa oleva sydämen vajaatoiminta. (Pohjolainen 2018, 251.)

Akupunktio on Kiinassa kehitetty hoitomenetelmä, jota lähinnä länsimaissa käytetään kivun hoidossa. Suomessa sen toteutuksesta vastaavat lääkärit ja fysioterapeutit. Hoitoa toteutetaan esimerkiksi 5-10 neulan asettelulla oikeisiin akupunktio pisteisiin. (Arokoski 2015, 14; Pohjolainen 2018, 250-251.) Potilaat voivat kokea akupunktion eri tavalla, mutta suurimmalle osalle neulan laittaminen ihon läpi ei juurikaan tunnu (Salanterä ym. 2006, 162). Neulat ovat aina steriilejä. Hoidot kestävät yleensä 3-10 hoitokertaa ja kestävät kerrallaan noin 30 minuuttia. Hoitokertojen määrä riippuu siitä, miten hoidot alkavat tehoamaan. Hoitoa annettaessa on tunnettava hyvin ihmisen anatomia, jotta vältettäisiin erilaiset elinkomplikaatiot, kuten ilmarinta, sekä bakteeri- ja virustautien välttämiseksi on toimittava steriilisti. Haittavaikutuksina akupunktiolle ovat mustelmat pistoalueella, pyörtyminen ja uneliaisuus. Hoitoa tulisi miettiä tarkoin, jos potilaalla on antikoagulanttihoito tai hyytymishäiriö. (Pohjolainen 2018, 250-251.) Komplikaatioita on ilmoitettu hyvin vähän (Salanterä ym. 2006, 162). Tutkimusten perusteella on todettu, että akupunktio soveltuu erityisesti hammassärlyn, migreenin ja eräiden tuki- ja liikuntaelinkipujen hoitoon. Se saattaa vähentää purentaelimistön toimintahäiriöistä johtuvia oireita. Akupunktio ei yksittäisenä kuulu sairasturvakuutuslain mukaisiin hoitoihin, mutta voi olla osana muuta fysioterapiaa. (Pohjolainen 2018, 251.) Akupunktiohoitoa saaneet esimerkiksi käyttivät kontrolliryhmää vähemmän kipulääkkeitä polvileikkauksen sekä vatsaleikkausten jälkeen (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 17).

Sähköhoidot jaetaan kahteen osaan: sähkökipuhoitoihin ja sähköärsytyshoitoihin. Siinä tarkoituksena on saada ulkoisen virtalähteen avulla aikaan aktiopotentiaali tai lihassupistus. TENS on käytetyin sekä tutkituin sähkökipuhoitomenetelmä. Sähkövirta johdetaan ihon läpi elektrodien kautta. Halutun kipuvasteen mukaan voidaan käyttää joko korkeafrekvenssinen (10-200Hz) tai matalanfrekvenssinen (1-5Hz) stimulaatio. TENS stimulaattoria on mahdollista käyttää myös itsehoitoon, kunhan siihen on saanut tarvittavan

ohjauksen. (Pohjolainen 2018, 249) Lisäksi sen käyttö on helppoa (Arokoski 2015, 14). Sitä voi käyttää niin akuutissa, kuin kroonisessakin hermokivun hoidossa. Sähköärsytyshoitoja käytetään pääsääntöisesti hermovaurioissa lihassupistuksen aikaansaamiseksi. Tavoitteena on ylläpitää sekä palauttaa hermotonuksensa menettäneen lihaksen toimintaa, kunnes hermovaurio on parantunut. Se ei kuitenkaan nopeuta hermon paranemista. (Pohjolainen 2018, 250.)

2.7 Kivun kirjaaminen

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) määrittää, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus laatia ja säilyttää potilasasiakirjat, sekä pitää niiden tiedot salassa. Myös sosiaali- ja terveysministeriön antamassa asetuksessa (STM 99/2001) todetaan, että potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hoidon suunnittelun, järjestämisen, toteuttamisen ja suunnittelun kannalta oleelliset asiat. Kivun kirjaaminen on hoidettaessa pohjana potilaan yksilölliselle ja laadukkaalle kivun hoidolle. (Sailio ym. 2000, 98.) Kirjauksista tulee käydä ilmi, miten hoitoa on toteutettu, onko hoidon aikana ilmennyt jotain erityistä sekä millaisia päätöksiä hoidosta on tehty. Potilasasiakirjoista tulee myös selviä, mihin tehdyt päätökset perustuvat. Selkeästi kirjattu kivun hoidon toteutus antaa hyvän kuvan potilaan kipuongelmasta sekä siitä mitkä hoitotyön tavoitteet ovat kyseisen potilaan kohdalla ja myös saavutetuista tuloksista. (Salanterä ym. 2006, 102.)

Potilasasiakirjoista tulee ainakin selvittää, miten potilasta on hoidettu, mitä hoitotoimenpiteitä hänelle on tehty ja mitä vaikutusta potilaan vointiin näillä toimenpiteillä on ollut. Potilaan voinnin ja hoitotoimenpiteiden kirjaaminen säännöllisesti on hoidon jatkuvuuden, hoidon toteutuksen ja arvioinnin edellytys. Kirjaamisella on myös tärkeä merkitys potilaan ja henkilökunnan oikeusturvalle, potilasturvallisuudelle ja hoidon laadun kehittämiseksi. Kirjaamisessa on tärkeitä kirjata vain potilaan tilanteen kannalta oleelliset asiat. Tämä vähentää rutiinomaista kirjaamista, sillä esimerkiksi kaikilla potilailla ei ilmene haittavaikutuksia, joten tällöin niiden säännöllinen seuraaminen ja kirjaaminen on tarpeetonta. Kivunhoidon kirjaamisessa olennaista hoidon onnistumisen kannalta on kirjata hoidon tarpeen määrittäminen ja hoitotulokset. Hoidollista päätöksentekoa kirjaamisessa jäsentävät kysymykset: mitä, miten ja miksi. (Salanterä ym. 2006, 102.)

Kysymyksellä, mitä kartoitetaan potilaan lähtötilanne, sekä potilaan odotukset kivunhoidolle. Akuutin kivun kartoittamisessa keskeistä on kirjata kivun voimakkuus, laatu ja

sijainti. Kroonista ja syöpäkipua kartoitetaan kipukyselylomakkeella, joka selvittää laajemmin kivun vaikutusta potilaan elämään. Kysymykseen miten saadaan vastaus kirjamalla tehdyt hoitotoiminnot. Leikkauksen jälkeisessä ja akuutissa kivunhoidossa tavoitteena on, että kipu ei haittaa liikkumista, syömistä tai nukkumista, esimerkiksi numeerisella asteikolla 0-10, tavoitteena olisi 3-4. Lääkehoidosta tulisi kirjata lääkkeen nimi, määrä, ajankohta, antotapa sekä kuka lääkkeen antoi. Lisäksi olisi tärkeätä kirjata ylös mihin kipuun potilas on lääkkeen saanut, sillä haavakipu voi olla hallinnassa, mutta potilaalla voi olla sen sijaan kova päänsärky. Lääkkeettömistä keinoista kirjataan ylös mitä menetelmää on käytetty, esimerkiksi lämpöpussi tai kylmäpakkaus. Kysymykseen miksi vastataan, kun kirjataan hoidon vaikutukset potilaaseen. Akuuttia kivunhoitoa arvioidaan tiheästi ja aina 20 minuutin kuluttua kipulääkkeen annosta. Lääkkeettömiä hoitokeinoja on mahdollista arvioida sanallisesti kysymällä, onko potilaan kipu helpottanut, lisääntynyt vai pysynyt samana. Potilaan oma arvio kivusta tulee kirjata ylös. (Salanterä. 2006, 103-104.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on esitellä hoitotyön tutkimussäätiön laatiman aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyön suositus, minkä pohjalta tehdään sanaristikko testaamaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSH) sairaanhoitajien kivunhoidon osaamista. Potilaille tehdään tarkistuslista kivunhoitoon liittyen, jotta he pystyvät osallistumaan hoitoonsa paremmin. Opinnäytetyön tavoitteena on vahvistaa VSSH:n sairaanhoitajien kivun hoitotyön osaamista hoitosuosituksen mukaiseksi.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Mikä on Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyön -hoitosuosituksen keskeinen sisältö?
2. Minkälainen tietotesti sanaristikko saadaan tehtyä hoitosuosituksen pohjalta tässä opinnäytetyössä?
3. Minkälainen tarkistuslista kivunhoitoon liittyen saadaan tehtyä potilaille hoitosuosituksen pohjalta tässä opinnäytetyössä?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö tehtiin osana STEPPI-hanketta. STEPPI-hanke on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin aloittama kehittämis- ja tutkimushanke vuosille 2015-2020, minkä tarkoituksena on edistää hyvän perushoidon toteutumista. Hankkeessa ovat mukana myös Turun hyvinvointitoimiala, Keski-Suomen, Helsingin, Uudenmaan, Vaasan ja Satakunnan sairaanhoitopiirit. Hankkeen tavoitteena on, että vuonna 2020 perushoidon vähimmäiskriteerit toteutuvat ja perushoito olisi laadukasta niin hoitotyöntekijöiden kuin potilaiden arvioimana. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2019.)

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi kirjallisuuskatsauksen muoto, joka perustuu tutkimuskysymykseen ja sen avulla tuottaa valitun aineiston perusteella kuvailevan, laadullisen vastauksen (Kangasniemi ym. 2013, 291). Kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta voidaan erottaa kaksi hie-man toisistaan eroavaa orientaatiota, joita ovat narratiivinen ja integroiva katsaus (Salminen 2011, 6).

Kirjallisuuskatsaus koostuu viidestä vaiheesta. Ensimmäiseksi määritetään tutkimuskysymys ja kirjallisuuskatsauksen tarkoitus. Kun tutkimusaihetta valitaan, tulisi tutkijalla olla kiinnostusta itse aiheeseen ja ottaa huomioon, että aiheeseen voi kohdistua ennakkoletuksia. Tutkijan on osattava tarkastella aihetta objektiivisesti. Hyvä tutkimuskysymys on olennainen aiheeseen nähden ja siihen pystytään vastaamaan kirjallisuuskatsauksen avulla. Jos tutkimuskysymys on liian laaja, hankaloittaa se tällöin aineiston keruuta, mutta liian suppea tutkimuskysymys rajaa aiheen hakumahdollisuuksia. Tutkimuskysymyksen muotoilua mietittäessä on hyvä ottaa huomioon, mitä tietoa kysymyksen avulla saadaan ja voidaanko tuloksia hyödyntää jotenkin. (Niela-Vilén ym. 2015, 23) Toisessa vaiheessa tehdään varsinaiset haut ja valitaan aineisto. Kirjallisuuskatsauksessa käytettävien aineistojen tulisi ensisijaisesti olla alkuperäistutkimuksia. Ennen hakujen suorittamista tutkijan tulee määritellä työn keskeiset käsitteet. Kustannustehokkuuden kannalta sähköisesti tehtävät haut ovat kannattavampia, mutta osa tutkimuksista voi jäädä tavoittamatta. Usein tietokantahakujen osumat ovat suuria, ja osa niistä ei sovellu katsaukseen. Sen takia tulisi käyttää erilaisia rajauksia, kuten vuosiluvut, tutkimuksen kirjoituskieli ja ikä. Hakuprosessi tulisi kuvata tarkasti kirjallisuuskatsauksessa, jotta lukija pystyy sen toistamaan halutessansa. (Niela-Vilén ym. 2015, 25-27.)

Kolmannessa vaiheessa arvioidaan hakuprosessin myötä löytyneitä tutkimuksia. Tarkoituksena on arvioida alkuperäistutkimusten saatujen tietojen ja tulosten edustavuutta ja kattavuutta. Tiedon tarkastelulla voidaan havaita myös, että miten relevanttia tieto on tutkimuskysymyksen kannalta. Valittuja tutkimuksia voidaan arvioida monella tavalla. Arviointi aloitetaan perehtymällä tutkimuksiin. Sitä helpottaa, kun tutkimukset jaotellaan tutkimusasetelmien mukaan, esimerkiksi määrällisiin ja laadullisiin tutkimuksiin. Alkuperäistutkimuksia tulisi arvioida yleisten kriteerien mukaan eli vahvuuksien ja heikkouksien avulla. Mikäli valittujen alkuperäistutkimusten asetelmat vaihtelevat voidaan niitä kuvata vielä tarkemmin muun muassa tutkimusongelmien, kohdejoukkojen ja aineistonkeruu- ja analyysimenetelmien avulla. Arvioinnin luotettavuutta lisää se, jos kaksi tai useampi henkilö suorittaa sen itsenäisesti. Tärkeintä arvioinnissa on, että se on perusteltua ja, että jokainen artikkeli mikä tutkimukseen on valittu, voidaan arvioida soveltuvien kriteerien mukaan. (Niela-Vilén ym. 2015, 28-30.)

Kun aineisto on arvioitu, niin se tulee analysoida ja syntetisoida, eli aineisto järjestetään ja luokitellaan ja siitä etsitään eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Analysoinnin eri vaiheissa tutkijat keräävät sisältöä ja tekevät merkintöjä. Tämän jälkeen tutkija tulkitsee tuloksia ja kirjoittaa siitä ymmärrettävän kokonaisuuden eli synteesin. Analyysimenetelmiä on erilaisia ja valinta riippuu katsausmenetelmän tyypistä. Viimeinen vaihe on kirjallisuuskatsauksen kirjoittaminen lopulliseen muotoonsa eli tulosten raportointi. Siinä raportoidaan kaikki vaiheet mahdollisimman tarkasti. Raportoinnissa on tärkeä huomioida kriittisyys ja tulosten käytön pohdinta eri näkökannoilta. (Niela-Vilén ym. 2015, 30-32.)

Opinnäytetyön aineiston haku aloitettiin tammikuussa 2019. Julkaisuja haettiin seuraavista tietokannoista: Cinahl Complete, Medic, PubMed, Arto ja Nursing core journals full text sekä manuaalinen haku internetistä. Lisäksi yksittäisiä julkaisuja haettiin muista tietokannoista. Sähköisten julkaisujen haut on rajattu viimeisen kymmenen vuoden sisälle, mutta kirjoissa on hyväksytyt vanhemmat painokset. Opinnäytetyössä käytetty kirjallisuus on haettu Turun ammattikorkeakoulun Finnan kautta. Hauissa käytettiin useampia rajoituksia ja julkaisujen kielenä käytettiin suomea ja englantia. Haut on rajattu tekstin tiivistelmiin, jotta käytetyt asiasanat esiintyvät itse tiivistelmässä. Tällöin oli suurempi todennäköisyys, että kokoteksti käsittelee opinnäytetyön aihetta. Sähköisissä tietokannoissa suoritettu hakuprosessi on esitetty tiedonhakutaulukossa (Taulukko 1).

Sanaristikon, potilaiden tarkistuslistan sekä posterin lähteinä on käytetty pelkästään aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyönsuositusta. Ristikoon valikoidaan sanoja hoitosuosituksen jokaisesta osa-alueesta. Sanoiksi pyritään löytämään oleelliset sanat. Lisäksi pyritään valikoimaan sellaiset sanat, jotka ovat helppoja selittää. Potilaan tarkistuslistaan pyritään valitsemaan hoitosuosituksen pohjalta keskeisiä asioita osa-alueista, joihin potilas voi itse osallistua.

Taulukko 1. Tietokantojen hakutulokset

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Valitut julkaisut otsikon perusteella	Valitut julkaisut koko tekstin perusteella
Cinahl	postoperative pain AND acute pain AND adult	260	1	1
	post operative pain AND pain management AND adult	39	0	0
	postoperative pain AND acute pain AND management	67	4	1
	postoperative pain AND surgical patient	178	1	0
	postoperative pain AND nursing	438	4	3
	postoperative pain AND acute pain AND adult	50	0	0
	post surgery pain AND management	12	0	0
	postoperative pain AND management	459	8	1
	postoperative pain AND evidence based practice	3	1	0
	Pain scale AND pain assesment AND adult	408	11	2
	Documentation AND postoperative pain	53	3	0
	Vas scale AND pain intensity AND acute pain	50	4	1
	verbal rating scale AND adult	130	4	0
	VRS AND adult	72	3	1
	Faces pain scale AND adult	73	1	1
	chronic pain AND management AND adult	391	0	0
	chronic pain AND nursing	236	0	0
	postoperative pain AND music therapy	15	1	1
	postoperative pain AND massage therapy	7	1	1

(jatkuu)

Taulukko 1 (jatkuu).

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Valitut julkaisut otsikon perusteella	Valitut julkaisut koko tekstin perusteella
	posturalcare	8	2	1
	paracetamol AND acute pain	83	12	2
	drug-free AND pain	29	1	0
	pain relief AND cold therapy	9	3	1
	pain relief AND non drug	6	1	1
	drug administration AND pain	191	12	1
	NSAID AND pain	154	22	1
	LIA AND analgesia	45	1	1
PubMed	postoperative pain AND adult AND management	323	8	0
	parasetamol AND pain relief	99	6	0
	postoperative pain AND nursing AND adult	7	1	0
	postoperative pain AND paracetamol	193	3	1
Medic	chronic pain AND after surgery	79	1	0
	acute pain AND management	37	0	0
	pain AND acupuncture	2	1	1
	pain AND opioids	11	1	1
	lääkkeen antotavat	143	8	2
	sähköhoidot	2	2	0
	sähköhoito AND kipu	2	1	0
	lämpöhoito AND kipu	2	1	0
	kylmähoito AND kipu	2	1	0
	hieronta	5	3	1
	krooninen kipu AND hoito	292	5	3

(jatkuu)

Taulukko 1 (jatkuu).

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Valitut julkaisut otsikon perusteella	Valitut julkaisut koko tekstin perusteella
Arto	leikkauksen jälkeisen kivun AND hoito	196	1	1
	postoperatiivinen kipu AND kylmähoito	14	2	0
	hieronta	119	1	1
	lymfaterapia	12	2	1
	acute pain AND management	52	1	0
Nursing core journals full text	postoperative pain AND management AND adult	5	2	0
	postoperative pain AND acute pain AND adult	3	0	0
	postoperative pain AND management	113	3	0
	postoperative pain AND nursing	7	2	0
UEF Electronic Publications - Itä-Suomen yliopiston verkkojulkaisut	akuutti kipu AND sairaanhoitaja	1	1	1
Helda - Helsingin yliopiston digitaalinen arkisto	Kivun mittauksen ja kivun hoidon kliinisiä tutkimuksia	10	1	1
TamPub - Tampereen yliopiston julkaisuarkisto	kivun arviointi ja mittaaminen	94	1	1
Elektra	kirjallisuuskatsaus	147	1	1
				n = 37

5 TULOKSET

5.1 Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitosuosituksen keskeinen sisältö

Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyön suositus on jaoteltu kahdeksaan eri osa-alueeseen. Hoitotyön prosessi toimii tämän suosituksen perustana.

Potilasohjaus on olennaisessa osassa kaikissa kivun hoitotyön vaiheissa. Potilasohjaus vähentää potilaan ahdistusta ja pelkoa, joten potilaalla tulee olla riittävästi tietoa kivusta, ja sen arvioinnista sekä hoidosta. Onnistunut potilaanohjaus lisää tyytyväisyyttä kivunhoitoon sekä edistää paranemista. Potilasohjauksen määrään ja sisältöön tulee kiinnittää huomiota, sillä se saattaa lisätä potilaan ahdistusta. Potilailla oli kipua paremmin hallinnassa, kun he olivat saaneet ohjausta kivun vaikutuksista, lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä, varhaisen liikkeellelähdön hyödyistä ja heitä rohkaistiin ilmaisemaan kivunhoidon tarpeesta. Preoperatiivisessa vaiheessa potilasohjauksella voidaan lisätä potilaan leikkaukseen valmistautumista ja kivunhallintaa leikkauksen jälkeen. Potilasohjauksessa potilaiden tulisi saada riittävästi tietoa kipulääkkeistä sekä niiden käytöstä, jotta he eivät pelkäisi kipulääkeriippuvuutta tai kipulääkkeistä aiheutuvia haittavaikutuksia. Kun potilaille annettiin tietoa eri kivunhoitomenetelmistä, kuten musiikista ja kylmähoitosta muuttuivat heidän asenteensa positiivisemmaksi lääkkeettämiä menetelmiä kohtaan, jolloin niiden käyttö lisääntyi. Potilasohjaus on olennainen osa kivunhoitoa, sillä se vähentää ennakkoluuloja ja pelkoja ja näin ikään myös potilaiden kipua leikkauksen jälkeen. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 8-10.)

Kivun hoitaminen lähtee kivun tunnistamisesta. Potilaan kipua tunnistessa tulee ottaa huomioon, että potilaan kipukokemukseen vaikuttavat esimerkiksi ahdistus, pelko, aikaisemmat kipukokemukset ja sukupuoli. Potilaat, joilla on ahdistuneisuutta, masentuneisuutta tai pelkoa on todettu arvioivan kipua korkeammaksi muihin potilaisiin verrattuna. Myös potilaan aikaisemmat kipukokemukset lisäsivät toimenpiteeseen liittyvää pelkoa. Etukäteen kipua pelkäävät potilaat kokivat ja ilmaisivat kipunsa voimakkaampana muihin potilaisiin verrattuna. On todettu, että naiset kokevat toimenpidekivun voimakkaampana kuin miehet, esimerkiksi naiset tarvitsevat leikkauksen jälkeen enemmän

vahvoja kipulääkkeitä selkä- ja lonkkaleikkauksissa. Leikkausta edeltävä kipu ennustaa voimakkaampaa postoperatiivista kipua. Myös toimenpiteen luonne vaikuttaa postoperatiivisen kivun voimakkuuteen. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 10-11.)

Kivun arviointi aloitetaan kysymällä potilaan omaa arviota kipunsa voimakkuudesta. Kivun mittaamisessa käytetään potilaan itse valitsemaa kipumittaria. Samaa kipumittaria tulisi käyttää koko potilaan hoidon ajan. Kipu tulisi arvioida erilaisissa tilanteissa, kuten liikkeellä ja levossa sekä säännöllisesti ja tarvittaessa. Kun arvioidaan potilaan kipua, tulee kysyä kivun sijainti ja laatu ja samalla havainnoida potilaan kipukäyttäytymistä. Potilaan kipukäyttäytyminen on silloin erityisen tärkeätä, jos potilas ei kykene kommunikoimaan. Kivun arviointiin on olemassa useita eri mittareita, kuten FPS, VAS, NRS ja VDS. Potilaan on mahdollista kuvata kivun laatua myös kipusanoilla, esimerkiksi terävä, pistävä tai jomottava. Eri tutkimuksissa on todettu, että sairaanhoitajien arvio potilaan kivusta ei usein vastaa potilaan omaa arviota. Kommunikoimaan kykenemättömien potilaiden kivunarviointiin on kehitetty erilaisia havainnointimittareita, kuten PAINAD ja CNPI. Mittareiden luotettavuus on kuitenkin vielä vähäistä. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 12-15.)

Kivun lääkehoidon vastuu on lääkärillä, mutta sairaanhoitaja toimii sen toteuttajana. Potilaan kivun lääkehoito on suunnitelmallista ja se perustuu potilaan tarpeisiin noudattaen määrättyjä lääkemääräyksiä. Potilaalle suunnitellaan yksilöllisesti kipulääkkeen määrä, antoreitti, antoajankohta sekä kotilääkitys perustuen kivun arviointiin. Eri tutkimusten mukaan iäkkäämpien ihmisten kipu on alihoidettua, esimerkiksi lonkkaleikkauksen jälkeistä kipua hoidettiin liian vähäisesti. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 16.)

Potilaan kipua hoidetaan lääkehoidon lisäksi fysikaalisilla ja kognitiivisilla hoitomenetelmillä. Lääkkeettömiä hoitomenetelmiä ovat esimerkiksi hieronta, kylmä- ja lämpöhoito, akupunktio, asento- ja liikehoidot, rentoutus sekä musiikki. Hoitohenkilökunnalla tulee olla tarpeeksi tietoa lääkkeettömistä kivunhoidonmenetelmistä, ja joissakin menetelmissä vaaditaan erityiskoulutusta, esimerkiksi akupunktiossa. On tutkittu, että kofeiini lisää parasetamolin ja ibuprofeenin vaikutusta ja tehostaa kivunlievitystä 5-10%:lla. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 17-19.)

Potilaan voinnin seuranta tulee toteuttaa koko hoitajakson ajan. Seurannan tulee olla säännöllistä ja aktiivista, koska potilaat eivät usein pyydä oma-aloitteisesti apua. Lisäksi mahdollisia haittavaikutuksia, kuten kutina, pahoinvointi ja sedaatio, tulisi seurata ja ajankohtaista tietoa haittavaikutuksista löytyy esimerkiksi terveystieteen sivuilta. Yleisesti potilaat olivat kuitenkin saamaansa kivunhoitoon tyytyväisiä, mutta jos kipulääkitys oli riittämätöntä eivät he siihen pyytäneet oma-aloitteisesti muutosta. Osa kieltäytyi tai lopetti kipulääkityksen käytön lääkityksestä tulleiden haittavaikutusten takia. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 20.)

Kivun hoidon kirjaaminen on olennainen osa kivun hoitotyötä. Kirjaamisen tulee olla täsmällistä, ja siitä tulee näkyä tehdyt päätökset kivunhoidosta sekä millä perusteilla ne on tehty. Jokaisen työvuoron aikana potilaan kivusta pitäisi kirjata ainakin kerran. Kirjauksesta tulisi käydä ilmi potilaan oma kuva kivun voimakkuudesta levossa, että liikkeessä ja sen sijainti sekä käytetyt hoitomenetelmät, haittavaikutukset ja hoidon teho. Potilaan asiakirjoista tulisi selvittää ainakin seuraavat asiat kivunhoitoon liittyen: lääkemääräyksen tekijä, merkinnän tekijän nimi, ammatti ja merkinnän teon ajankohta, kivunhoidon toteutus, kivunhoidon aikana ilmenneet erityiset asiat, lääkeaineallergiat, kivunhoitoa koskevat päätökset ja millä perusteilla ne on tehty, kivunhoidon haittavaikutukset tai sen tehottomuus, potilaan kieltäytyminen kivunhoidosta ja päivittäin kirjatut tiedot potilaan kivusta ja kivunhoidosta. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 20-21.)

Säännöllisesti järjestettävillä koulutuksilla varmistetaan kivun hoitotyön laatu. Tutkimuksissa on havaittu, että koulutuksella on ollut positiivisia vaikutuksia sairaanhoitajien asenteisiin kivunhoitoon liittyen. Yksittäiset koulutukset eivät kuitenkaan saaneet aikaan pysyvää muutosta käytäntöihin. Koulutusten myötä hoitohenkilökunnan asenteet muuttuivat niin, että ne muuttuivat tukeviksi hyvää kivunhoitoa kohtaan sekä sai heidät kiinnittämään enemmän huomiota potilaiden kipuun. Lisäksi potilaiden kipua arvioitiin koulutuksen jälkeen useammin kipumittarin avulla, kirjaaminen oli parempaa sekä kivun voimakkuus matalampi. Eri ammattiryhmien yhdessä toimimisen eli moniammatillisen yhteistyön, tukeminen paransi hoitotyön laatua. Potilaiden tyytyväisyyttä tulee mitata säännöllisesti. Kivunhoidon jatkuvuus täytyy turvata, koska perusterveydenhuollon henkilökunta ei usein tiennyt tarkasti, mikä toimenpide heidän asiakkaalleen oli tehty. Heillä ei esimerkiksi ollut lisäkipulääkitysohjeita, eikä yhteystietoja potilasta hoitaneeseen osastoon. Potilaiden kipua kotona olikin kohtalaista, kovaa tai erittäin kovaa toimenpiteen

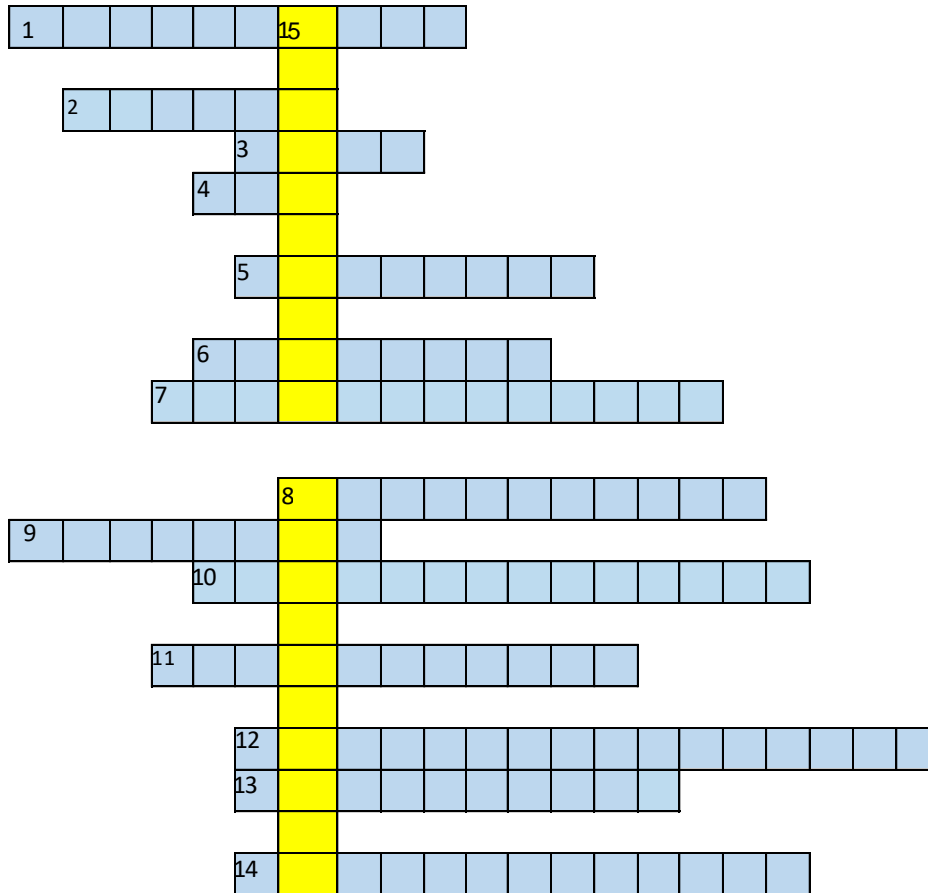
jälkeen. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 21-23.) Hoitosuosituksen keskeinen sisältö on tiivistetty kuvioksi (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö suosituksen eri osa-alueet (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013).

5.2 Hoitosuosituksen pohjalta tehty sanaristikko

Sanaristikoon pyrittiin valitsemaan hoitosuosituksen keskeisiä sanoja (Kuva 3). Ristikko koostuu 15 kohdasta, joista viimeinen kohta muodostuu muiden ristikoiden sanojen kirjaimista. Ristikon sanat muodostuvat avainsanoista ja lauseita täyttävistä sanoista. Siitä tehtiin useampia versioita, joiden avulla pyrittiin samaan ristikon tekemisestä haastavaa, mutta ei mahdollista. Sanaristikolla testataan sairaanhoitajien osaamista potilaan kivunhoitoon liittyen, ja sen tekemiseen on arvioitu menevän aikaa noin 10-15 minuuttia. Sanaristikon oikeat vastaukset löytyvät liitteestä 1.

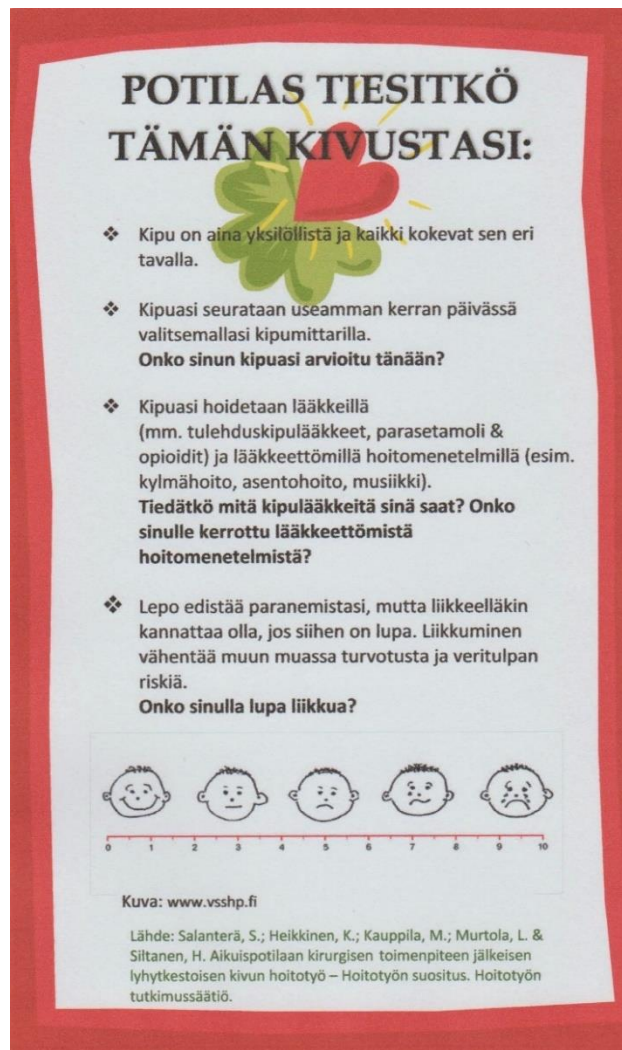


1. Lääkkeetön kivunhoitomenetelmä, joka vähentää leikkausalueen turvotusta
2. Potilaan kipua pitää arvioida vähintään _____ työvuoron aikana
3. Epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka varoittaa uhkaavasta kudosisvauriosta tai liittyy kudosisvaurioon
4. Yksi yleisimmistä kipua arvioivista mittareista
5. Lääkkeetön kivunhoitomenetelmä, joka rentouttaa potilasta ja voi auttaa viemään ajatukset muualle kivusta
6. Tapa, jolla voidaan varmistaa hoitotyön laatu sekä hoitohenkilökunnan osaaminen
7. Asiantuntijoiden laatima teksti, joka perustuu tiivistettyyn tutkimusnäyttöön
8. Tärkeä osa kivun seuranta
9. _____ ovat vahvoja kipulääkkeitä, joita käytetään kohtalaisen tai voimakkaan leikkauksen jälkeisen kivunhoitoon
10. Potilaan kipua voidaan arvioida myös _____ hänen kipukäyttäytymistä
11. Lääkkeetön kivunhoitomenetelmä, joka edistää verenkiertoa, vähentää lihasspasmeja ja ehkäisee painehaavojen syntyä
12. Hyvä kivunhoito vaatii usein _____ yhteistyötä
13. Potilaan kipua tulisi muistaa arvioida sekä levossa että _____
14. Toiminta, mikä vähentää potilaan pelkoa ja ahdistusta leikkausta kohtaan
- 15.**

Kuva 3. Hoitosuosituksen pohjalta tehty sanaristikko sairaanhoitajille.

5.3 Tarkistuslista potilaille kivunhoidosta

Potilaille suunniteltiin tarkistuslista kivunhoidosta (Kuva 4). Tarkistuslistaan haluttiin koota tiivis kokonaisuus potilaan näkökulmasta tärkeimmistä asioista kivunhoitoon liittyen. Listassa on neljä kohtaa, joista kolmea tukee potilasta herättelevä kysymys. Kysymysten tarkoituksena on saada potilas pohtimaan omaa kivunhoitoansa ja osallistumaan siihen enemmän. Tarkistuslistaan laitettiin kuva kasvo- ja numeraalisesta kipumittarista, jonka avulla haluttiin antaa potilaalle esimerkki millaisia kipumittareita, on käytössä, jotta hän voi valita itsellensä sopivimman kipumittarin. Kuvan avulla haluttiin myös konkretisoida kaksi yleisesti käytössä olevaa kipumittaria, jotta potilaan olisi helpompi ymmärtää niiden hyödynnettävyyttä. Tarkistuslistan tarkoituksena on olla pienikokoinen ja mahtua potilaan taskuun, jolloin se voi kulkea koko hoitojakson ajan potilaan mukana.



Kuva 4. Potilaille tehty tarkistuslista kivunhoidosta.

6 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Eettisyys on tutkimuksessa koko tieteellisen toiminnan ydin. Tutkimusetiikka yleensä luokitellaan normatiiviseksi etiikaksi, jonka avulla pyritään vastaamaan kysymyksiin oikeista säännöistä, joita noudatetaan tutkimusta tehdessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211.) Tieteellisessä tutkimuksessa tulee noudattaa hyvän tieteellisen käytännön toimintatapoja: rehellisyyttä, yleistä tarkkuutta ja huolellisuutta. Tutkimusta tehdessä tulee soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimusta tehdessä kunnioitetaan tekijänoikeuksia merkitsemällä lähteet huolellisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Opinnäytetyötä tehdessä on noudatettu tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistuksia. Eettisissä ohjeistuksissa pysyvyyttä edustaa potilaan tai asiakkaan edun korostaminen. Tällä halutaan painottaa ammattihenkilön osaamisen käyttämistä autettavan henkilön hyväksi, koska sairaanhoitaja ja potilas eivät ole tasavertaisia tietoihinsa nähden. Ammattihenkilön ei tule koskaan käyttää omaa asemaansa omaksi edukseen. Lainsäädäntö omalta osaltaan muokkaa sitä, mikä koetaan milloinkin oikeaksi. Lainsäädäntö onkin eettisen keskustelun perusta. (ETENE 2011, 21.)

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena, jolloin ei tarvittu erillistä tutkimuslupaa. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa eettiset kysymykset liittyvät olennaisesti onko tutkimuskysymysten muotoilu onnistunut ja onko tutkimusetiikkaa noudatettu katsauksen kaikissa vaiheissa. Kirjallisuuskatsauksen erityspiirteiden ja vaiheiden täsmentäminen toimii apuna menetelmän kehittämisessä ja parantaa sen hyödynnettävyyttä, mutta ennen kaikkea toimii keskeisenä välineenä luotettavuuden ja eettisyyden arvioinnissa. (Kangasniemi ym. 2013, 291.) Sillä kuvaileva kirjallisuuskatsaus on menetelmänä väljä, tekijän valintojen ja raportoinnin eettisyys korostuu tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Aineiston valinnassa ja käsittelyssä erityisesti korostuu tutkimusetiikan noudattaminen raportoinnin rehellisyyden, oikeudenmukaisuuden ja tasavertaisuuden kannalta. (Kangasniemi ym. 2013, 297.)

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on keskeistä, että tutkimuskysymys on esitetty selkeästi ja sen teoreettisen perustan tulee olla eritelty. Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus ovat tiiviisti sidoksissa toisiinsa ja niitä on mahdollista parantaa koko prosessin johdonmukaisella ja läpinäkyvällä etenemisellä tutkimuskysymyksistä johtopäätöksiin. (Kangasniemi ym. 2013, 297) Opinnäytetyössä on pyritty raportoimaan tieto huolellisesti

ja selkeästi työn jokaisessa vaiheessa, tämä lisää työn eettisyyttä ja luotettavuutta. Tutkimuskysymykset on muotoiltu huolellisesti ja etsittäessä tietoa keskityttiin aineistoihin, jotka vastasivat opinnäytetyön aihetta. Luotettavuuden arvioinnissa keskeistä on aineistojen perusteiden kuvaus. Luotettavuus heikkenee, jos tutkijalla on aineistojen valinnassa tiedostettu tai tiedostamaton tarkoituksenhakuisuus, mutta sitä ei ole eritelty tai raportoitu. (Kangasniemi ym. 2013, 298.) Opinnäytetyön aihe ei ole eettisesti arka tai jaa mielipiteitä kivunhoidon tärkeydestä. Opinnäytetyön aiheesta ei ollut valmiiksi ennakkokäsityksiä, joten ne eivät ohjanneet opinnäytetyön teossa.

Opinnäytetyössä on käytetty kansainvälisiä tutkimuksia ja artikkeleita. Lähteiden valinta on tehty huolellisesti ja harkiten. Opinnäytetyön lähteiden valinta on pääosin rajattu viimeisen kymmenen vuoden sisälle, mutta lisäksi on valittu yksittäisiä vanhempia lähteitä. Opinnäytetyössä käytettyjen lähteiden luotettavuutta on lisännyt se, että sama julkaisu on löytynyt useammasta eri tietokannasta. Työ on toteutettu kolmen henkilön toimesta, jolloin useampi henkilö on arvioinut saman lähteen luotettavuutta. Luotettavuutta lisää myös se, että tiedonhaussa on käytetty apuna kirjaston informaation apua. Työssä on käytetty pääasiallisina lähteinä pro graduja, artikkeleita ja kipuun liittyvää kirjallisuutta. Opinnäytetyön toistettavuus eli reliabiliteetti on hyvä, sillä valitut julkaisut on koottu taulukoihin, jolloin haut ovat toistettavissa.

Opinnäytetyön aihe on todella laaja, mikä hankaloitti lähteiden rajausta. Mahdollista on, että käytetyt rajaukset ovat sulkeneet pois joitakin tärkeitä julkaisuja. Lisäksi kaikkia julkaisuja ei ole ollut mahdollista hankkia, mikä on voinut vaikuttaa luotettavuuteen. Opinnäytetyön luotettavuutta voi mahdollisesti heikentää se, onko hakusanat onnistuttu valitsemaan oikein. Englanninkielisten julkaisujen hauissa on mahdollista, että monimerkityksellisten sanojen tai yksittäisten termien kohdalla on voinut tulla käännösvirheitä. Käännösten apuna on käytetty MOT-sanakirjaa.

Sanaristikon luotettavuutta lisää sen pohjautuminen aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyön suositukseen. Hoitosuositus on asiantuntijoiden laatima ja perustuu tutkittuun tutkimusnäyttöön. Sanoja on valittu tasaisesti hoitosuosituksen eri osa-alueista, jolloin ristikko testaa laajasti sairaanhoitajien hoitosuosituksen osaamista. Potilaille tehdyn tarkistuslistan luotettavuutta lisää se, että se pohjautuu täysin hoitosuositukseen. Tarkistuslista on muokattu toimeksiantajan toiveiden mukaiseksi ja ennen sen käyttöönottoa, se tarkistetaan VSSHP:ssä työskentelevän lääkärin ja kirurgin toimesta.

7 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena on esitellä hoitotyön tutkimussäätiön laatiman aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyön suositus, minkä pohjalta tehdään sanaristikko testaamaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin (VSSH) sairaanhoitajien kivunhoidon osaamista. Potilaille tehdään tarkistuslista kivunhoitoon liittyen, jotta he pystyvät osallistumaan hoitoonsa paremmin. Opinnäytetyön tavoitteena on vahvistaa VSSH:n sairaanhoitajien kivun hoitotyön osaamista hoitosuosituksen mukaiseksi.

Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö suosituksessa on käytetty 191 tieteellistä tutkimusta. Kivun hoitotyö on jaoteltu hoitosuosituksessa kahdeksaan eri osa-alueeseen. Jokaisessa osa-alueessa on tuotu kattavasti esille eri tutkimusten tuloksia, joita on käytetty esimerkkeinä kirjallisuuskatsauksessa. Suosituksessa olevien osa-alueiden tietoa on käytetty kirjallisuuskatsauksen lähteenä. Joitakin osa-alueita täydennettiin tietokantahauilla. Hoitosuosituksesta on onnistuttu tiivistämään suosituksen loppuun tärkein sisältö kahdeksaan eri kohtaan. Opinnäytetyössä käytettiin kattavasti lähteitä hoitosuosituksen tukena. Hoitosuosituksessa mainitut tutkimukset liittyivät usein tiettyyn leikkaukseen, kuten lonkka- tai vatsanalueen leikkauksiin, jolloin hoitosuosituksesta oli hankala saada yleistä tietoa kivunhoitoon liittyen. Tämä vaikeutti osittain hoitosuosituksen lähteenä käyttöä opinnäytetyössä.

Yhtenä tutkimuskysymyksenä oli hoitosuosituksen keskeinen sisältö, joka on jaoteltu eri osa-alueisiin. Potilasohjauksessa potilaalle tulee antaa tietoa itse kivusta, sen hoidosta ja arvioinnista. Riittävä tieto ja ohjaus leikkaukseen liittyvistä asioista lievittää potilaan pelkoa ja ahdistusta. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 8-10.) Potilaalla on oikeus saada tietoa kivunhoidosta ja tulisi olla mahdollisuus osallistua omaan kivunhoitoonsa. Ohjauksen tulee olla yksilöllistä ja ottaa huomioon potilaan tarpeet ja sen hetkinen tila sekä ympäristö. Lisäksi otettaisiin huomioon etninen tausta ja äidinkieli, esimerkiksi ruotsinkielisyys. Potilaan kotiutuessa hänen tulisi saada mahdollisimman kattavat ohjeistukset omasta kivunhoidostaan, jotta kivunhoito olisi riittävää myös kotona. Ohjeet olisi hyvä olla ylhäällä paperilla, josta käytäisiin kohdat läpi. Potilaalle tulee antaa myös mahdollisuus kysymyksiin.

Kun potilaan kipua arvioidaan, tulee muistaa, että kivun kokemiseen vaikuttaa moni asia, kuten aikaisemmat kipukokemukset ja pelko. Kivun voimakkuuden arviointiin on

olemassa useita eri mittareita, kuten VAS ja NRS. Kipua arvioitaessa tulee aina kysyä potilaan oma arvio kivustaan ja suositaan kipumittaria minkä potilas on itse valinnut. Kipua tulee mitata liikkeessä, levossa ja säännöllisesti. Arvioidessa tulee kysyä kivun sijainti, sen laatu ja tarkkaillaan kipukäyttäytymistä. Kipua arvioidaan myös havainnoidulla, esimerkiksi potilaan ilmeet. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 10-15.) Potilaan kipua arvioitaessa tulisi muistaa, että kipu on aina yksilöllistä. Potilaan arvio esimerkiksi NRS-mittarilla voi olla korkea, mutta kipukäyttäytyminen voi antaa kivusta toisenlaisen kuvan. Potilas voi esimerkiksi arvioida kipunsa mittarilla numeroksi kahdeksan, mutta kipukäyttäytyminen ei vastaa arviota kivusta. Toisaalta potilaan arvio voi myös olla alakanttiin sairaanhoitajan arvioon nähden. Näissä tilanteissa tulee miettiä esimerkiksi vahvojen kipulääkkeiden antamista. Sairaanhoitaja ei saisi kuitenkaan antaa omien asenteidensa ja käsitteidensä vaikuttaa kivunarviointiin, koska jokainen kokee kivun eri tavalla. Potilaan ilmeet ja eleet ovat hyvä kivunarviointi menetelmä, jos potilas ei pysty sanallisesti kuvailemaan omaa kipuaan. Tällaisia potilaita ovat esimerkiksi kehitysvammaiset tai muistisairaavat vanhukset.

Lääkäri on vastuussa kivun lääkehoidosta, mutta sairaanhoitaja on vastuussa lääkehoidon toteutuksesta. Lääkehoito perustetaan potilaan tarpeisiin ja toteutetaan noudattaen lääkemääräyksiä. Kivunhoidossa käytetään lääkkeellisiä ja lääkkeettömiä hoitomenetelmiä. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 16-19.) Potilaalle tulee antaa tarpeeksi määrättyjä kipulääkkeitä ja oikeaan aikaan, ennen kuin kipu on muuttunut liian voimakkaaksi. Parhaisiin tuloksiin päästään, kun hyvä lääkkeellinen kivunhoito yhdistetään muihin kivunhoidon menetelmiin, esimerkiksi asentohoitoon tai kylmähoitoon, koska lääkkeetön hoitomenetelmä on yleensä turvallisempi vaihtoehto, kuin lääkkeelliset hoidot ja lisäksi taloudellisempaa. Potilaille tulisi antaa tietoa molemmista kivunhoidon menetelmistä, esimerkiksi mitä lääkkeitä hän saa ja miksi, sekä paikoista missä hän voi niihin tutustua. Lisäksi olisi kerrottava kivunhoidon lääkkeettömistä hoitomenetelmistä, kuten kylmähoidosta, koska sitä potilas voi toteuttaa myös itsenäisesti kotona.

Potilaan kipua tulee seurata säännöllisesti ja arvioida vähintään kerran sekä kirjata täsmällisesti potilasasiakirjoihin jokaisen työvuoron aikana. Lisäksi kipulääkkeiden mahdollisia haittavaikutuksia tulee tarkkailla. Hyvä kivunhoito toteutuu parhaiten moniammatillisessa yhteistyössä ja kivunhoidon laatu varmistetaan hoitajien säännöllisellä koulutuksella sekä potilaspalautteella (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen

lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 20-23.) Kivun säännöllisellä seuraamisella saadaan arvioitua potilaan kivun muuttuminen parempaan tai huonompaan suuntaan. Potilaspalautetta tulisi jokaisessa yksikössä kerätä säännöllisesti potilailta. Lomakkeiden tulisi olla potilaiden saataville, jotta palaute yksikköön saataisiin kirjallisessa muodossa. Sairaanhoidajille ja lähihoitajille myös tulisi tarjota mahdollisuutta kivunhoidon erilaisiin koulutuksiin, jotta heidän olisi mahdollista tarjota potilaille uusinta tietoa kivunhoitomenetelmistä.

Opinnäytetyössä toteutettiin sanaristikko, jonka teossa onnistuttiin hyvin. Ristikosta saatiin tehtyä meidän mielestämme sopivan haastava testaamaan sairaanhoidajien kivunhoidon osaamista. Ristikosta tehtiin useampia eri versioita ja sen vihjelauseita muokattiin useampaan kertaan ymmärrettävämmiksi, jotta mahdollisilta väärinymmärryksiltä välttäisiin. Ristikoon onnistuttiin valitsemaan hoitosuosituksesta keskeisiä sanoja. On arvioitu, että ristikon tekemiseen kuluu aikaa noin 10-15 minuuttia, jolloin sairaanhoidajat voivat täyttää ristikon esimerkiksi tauolla. Toisena tuotoksena sairaanhoidajilla tehtiin posterit kivun hoitotyöstä, minkä lähteenä on aikuisuipotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyön suositus. Posterista onnistuttiin tekemään visuaalisesti miellyttävä ja siihen saatiin koottua hoitosuosituksesta keskeiset asiat. Potilaille tehtiin tarkistuslista, johon kerättiin potilaan kannalta oleelliset asiat. Tarkistuslistasta haluttiin tehdä pienikokoinen, jolloin lista voi kulkea potilaan mukana koko hoitojakson ajan. Tarkistuslistasta pyrittiin saamaan myös ulkonäöllisesti kiinnostava sekä haluttiin lisätä kuva kipumittarista, jotta potilaat voisivat itse osallistua aktiivisemmin oman kipunsa hoitoon. Tämän opinnäytetyön avulla helpotetaan hoitosuosituksen käyttöönottoa käytäntöön.

Tutkimusnäyttöä olisi hyvä hankkia lisää, miksi hoitosuosituksen käyttöönotto ei ole helppoa ja mitkä tekijät vaikuttavat siihen eniten. Tällä hetkellä kivunhoito ei ole tasalaatuista ja potilaat kokevat toisinaan, että heidän kipunsa ei hoideta aina parhaalla mahdollisella tavalla (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, 3). Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia kuinka paljon akuutin kivun kroonistuminen aiheuttaa kustannuksia yhteiskunnalle ja pystyttäisiinkö hyvällä akuutin kivunhoidolla vaikuttamaan kustannuksiin. Tulevaisuudessa tulisi testata sanaristikon käytettävyyttä, jotta saataisiin tietää, että kokevatko sairaanhoidajat sanaristikon täyttämisen hyödyllisenä vai onko sanaristikko ollut liian helppo, jolloin se ei ole ollut tarkoituksenmukainen. Tulevaisuudessa kivunhoidossa tulisi noudattaa hoitosuositusta yhä tarkemmin, jotta saataisiin kaikille potilaille tasalaatuinen kivunhoito.

LÄHTEET

Ahonen, O.; Blek-Vehkaluoto, M.; Ekola, S.; Partamies, S.; Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2016. Kliininen hoitotyö. 6. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hoitotyön suositus (online). Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö 2013. Viitattu 29.2.2019
<https://www.hotus.fi/>

Ali, A.; Sundberg, M.; Hansson, U.; Malmvik, J. & Flivik, G. 2015. Doubtful effect of continuous intraarticular analgesia after total knee arthroplasty. *Acta orthopaedica*. Vol. 86, No 1, 1-5.

Altintas, B.; Altintas, A.; Kraemer, R.; Sorg, H.; Vogt, P. & Altintas, M. 2014. Acute effects of local cold therapy in superficial burns on pain, in vivo microcirculation, edema formation and histomorphology. *Burns*. Vol. 40, No 5, 915-921.

Arokoski, J. 2015. Kipu haltuun fysiatrian keinoin. *Sic! Lääketietoa Fimeasta*. Vol. 5, No 4, 13-15.

Atkinson, H.; Currie, J.; Moodie, J.; Carson, S.; Steven, E.; Worthington, J.; Steenberg, L.; Bisle, E. & Frampton, C. 2015. Combination paracetamol and ibuprofen for pain relief after oral surgery: a dose ranging study. *European Journal of Clinical Pharmacology*. Vol. 71, No 5, 579-587.

Bach, A.; Forman, A. & Seibaek, L. 2018. Postoperative pain management: A bedside perspective. *American society for pain management nursing*. Vol. 19, No 6, 608-618.

Bell, L. & Duffy, A. 2009. Pain assessment and management in surgical nursing: a literature review. *British Journal of Nursing*. Vol. 18, No 3, 153-156.

Boyd, C. 2013. *Medicine Management Skills for Nurses: Student Survival Skills*. John Wiley & Sons, Incorporated. Englanti. 1. painos.

Blomqvist, C. 2000. *Aikuisen tehopotilaan kivunhoito*. Teoksessa Sailio, E. & Varti, A-M. 2000. *Kivunhoito*. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Castle, D.; Stubbs, B.; Clayton, S. & Soundy, A. 2014. A 24-hour postural care service: Views, understanding and training needs of referring multidisciplinary staff. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. Vol. 21, No 3, 132-139.

Claassens, T. 2017. Nursing a patient with acute pain. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*. Vol. 23, No 7, 15-17.

Derry, C.J.; Derry, S. & Moore, R.A. 2017. Caffeine as an analgesic adjuvant for acute pain in adults (Review). *Cochrane Database System Review*. Vol. 11, No 12, 1-62.

Elomaa, M. & Sipilä, R. 2018. *Psykologiset menetelmät*. Teoksessa Kalso, E.; Haanpää, M.; Hamunen, K.; Kontinen, V. & Vainoa, A. 2018. *Kipu*. 4. uudistettu painos. Helsinki: Oy Duodecim.

Eriksson, K.; Wikström, L.; Årestedt, K.; Fridlund, B. & Broström, A. 2014. Numeric rating scale: patients' perceptions of its use in postoperative pain assessments. *Applied Nursing Research*. Vol. 27, No 1, 41-46.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2019. STEPPI – Terveyttä edistävä perushoito kehittämis- ja tutkimushanke. Viitattu 8.4.2019
http://www.epshp.fi/ammattilaiset_ ja_opiskelijat/hoitoty/steppi_terveytta_edistava_perushoito_kehittamis- ja_tutkimushanke

- Formisto, K. 2017. Kivun arviointi ja mittaaminen yliopistosairaalan henkilökunnan näkemyksenä. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Hoitotiede. Tampere: Tampereen Yliopisto. Viitattu 4.4.2018
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100904/GRADU-1491826398.pdf?...1>
- Francis L. & Fitzpatrick, J. 2013. Postoperative Pain: Nurses' Knowledge and Patients' Experiences. *Applied nursing research*. Vol. 14, No 4, 351-357.
- Gouveia, N.; Rodrigues, A.; Ramiro, S.; Eusébio, M.; Machado, P.; Canhao, H. & Branco, J. 2016. The use of analgesic and other pain-relief drugs to manage chronic low back pain: result from national survey. *World institute of pain*. Vol. 17, nro 3, 354- 365.
- Grace, S. 2015. Paracetamol is not effective for treating lower back. *Journal of the Australian Traditional-Medicine Society*. Vol. 21, No 4, 258.
- Haanpää, M. 2010. Krooninen kipu. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Vol. 126, No 24, 2873-2876.
- Haanpää, M. 2018. Neuropaattiset kivut. Teoksessa Kalso, E.; Haanpää, M.; Hamunen, K.; Kontinen, V. & Vainoa, A. 2018. Kipu. 4. uudistettu painos. Helsinki: Oy Duodecim.
- Hagelberg, N. & Haanpää, M. 2015. Voiko kivun kroonistumista ehkäistä? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Vol. 131, No 3, 249–254.
- Hagelberg, N. & Heiskanen, T. 2012. Kroonisen kivun hoidon kehittäminen perusterveydenhuollossa. *Lääkärilehti*. Vol. 67, No 36, 2461–2465.
- Hamunen, K. & Kontinen, V. 2018. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Kalso, E.; Haanpää, M.; Hamunen, K.; Kontinen, V. & Vainoa, A. 2018. Kipu. 4. uudistettu painos. Helsinki: Oy Duodecim.
- Harvald Health Letter. 2015. Should you keep taking NSAIDs for pain? Vol. 12, No 40, 7.
- Hoitotyön tutkimussäätiön www-sivut 2019. Viitattu 6.4.2019
<https://www.hotus.fi/>
- International Association for the study of pain www-sivut 2019. Viitattu 23.3.2019
<https://www.iasp-pain.org/>
- Kangasniemi, M.; Utriainen, K.; Ahonen, S-M.; Pietilä, A-M.; Jääskeläinen P. & Liikanen E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede*. Vol. 25, No 4, 291-301.
- Kalso, E.; Haanpää, M.; Hamunen, K.; Kontinen, V. & Vainoa, A. 2018. Kipu. 4. uudistettu painos. Helsinki: Oy Duodecim.
- Kalso, E. & Kontinen, V. 2018. Kivun fysiologia ja mekanismit. Teoksessa Kalso, E.; Haanpää, M.; Hamunen, K.; Kontinen, V. & Vainoa, A. 2018. Kipu. 4. uudistettu painos. Helsinki: Oy Duodecim.
- Kalliokoski, A. 2013. Ruoka ja juoma voivat muuttaa lääkkeiden vaikutuksia. *Suomen lääkäri-lehti*. Vol. 68, No 5, 328-331.
- Karcioglu, O.; Topacoglu, H.; Dikme, O. & Dikme, Oz. 2018. A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? *The American Journal of Emergency Medicine*. Vol. 36, No 4, 707-714.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Khorsand, A.; Tadayonfar, M.; Badiee, S.; Aghaee, M.; Azizi, H. & Baghani, S. 2015. Evaluation of the Effect of Reflexology on Pain Control and Analgesic Consumption After Appendectomy. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. Vol. 21, No 2, 774-780.

Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologi yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. Viitattu 28.3.2019

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103>

Kivunhallintatalon www-sivut 2019. Viitattu 1.4.2019

<https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo>

Kontinen, V. & Hamunen, K. 2015. Leikkauksen jälkeisen kivun hoito. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Vol. 131, No 20, 1921-1928.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Annettu Helsingissä 28.6.1994. Saatavilla

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#L3P16>

Lempinen, J.; Kontinen, V.; Paavola, M.; Isojärvi, J.; Roine, R. & Ikonen, T. 2011. Haavan kes-
topuudutus leikkauksenjälkeisen kivun hoidossa. Suomen lääkirlehti. Vol. 66, No 3, 167-172.

Myles, P.S.; Myles, D.B.; Gallagher, W.; Boyd, D.; Chew, C.; MacDonald, N. & Dennis, A. 2017. Measuring acute postoperative pain using the visual analog scale: the minimal clinically important difference and patient acceptable symptom state. British Journal of Anaesthesia. Vol. 118, No 3, 424-429.

Nevantaus, J.; Simojoki, K.; Hamunen, K.; Heiskanen, T. & Kalso, E. 2013. Opioidit pitkäaikaisen kivun hoidossa. Suomen lääkirlehti. Vol. 68, No 50-52, 3329-3335.

Nirmala, E. & Premila, L. 2014. Acute pain management. International Journal of Nursing Education. Vol. 6, No 2, 93-97.

Niela-Vilén, H. & Kauhanen, L. 2015. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M.; Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja ja raportteja A 73/2015.

Pitkänen, M. & Förster, J. 2015. Puudutus komplikaatiot. Finnanest. Vol. 48 No 5, 442-447.

Pesonen A. 2011. Kivun mittauksen ja kivun hoidon kliinisiä tutkimuksia iäkkäillä potilailla pitkäaikais-
hoidossa ja sydänkirurgian jälkeen. Finnanest. Vol. 45, No 2, 156-160.

Pohjolainen, T. 2018. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa Kalso, E.; Haanpää, M.; Hamunen, K.; Kontinen, V. & Vainoa, A. 2018. Kipu. 4. uudistettu painos. Helsinki: Oy Duodecim.

Pätäri, J. 2014. Sairaanhoidajien käsityksiä akuutin kivun hoidosta päivystyspoliklinikalla. Pro gradu -
tutkielma. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotiede. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 8.4.2019

http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140446/urn_nbn_fi_uef-20140446.pdf

Ranta, P. & Väänänen, A. 2016. Mikä anestesiamuoto kiireelliseen sektioon? pistäisinkö spinaalin?: puuduttaisinko päivystyssektion epiduraalikatetrin kautta? Finnanest. Vol. 49, No 2, 116-119.

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2016. Lääkehoidon käsikirja. 1.-5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Sailio, E. & Vartti, A-M. 2000. Kivunhoito. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Salanterä, S.; Hagelberg, N.; Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. 1 painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Salminen, A. 2011. Mikä on kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja 62. Vaasan yliopisto.

Salminen, V. 2017. Syövän vaihtoehtohoidot. Duodecim. Vol. 133, No 22, 2102-2109.

Sipilä, R. & Lommi, M-L. 2014. Hoitosuosituksset eivät muutu hoitokäytännöiksi itsestään. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Vol. 130, No 8, 832-839.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 99/2001. Annettu Helsingissä 19.1. 2001. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20010099>

Tiippana, E. 2015. Voidaanko akuutin leikkauskivun kroonistumista ehkäistä? Lääkärilehti. Vol. 70, No 1-2, 48-54.

Thapa, P. & Euasobhon, P. 2018. Chronic postsurgical pain: current evidence for prevention and management. The Korean Journal of Pain. Vol. 31, No 3, 155-173.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Helsinki. Viitattu 8.4.2019 https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vainio, A. 2018. Kipu ja kärsimys. Teoksessa Kalso, E.; Haanpää, M.; Hamunen, K.; Kontinen, V. & Vainio, A. 2018. Kipu. 4. uudistettu painos. Helsinki: Oy Duodecim.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. Helsinki. Viitattu 8.4.2019 <https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf.pdf>

Van Dijk, J.; van Wijck, A.; Kappen, T.; Peelen, L.; Kalkman, C. & Schuurmans, M. 2012. Postoperative pain assessment based on numeric ratings is not the same for patients and professionals: A cross-sectional study. International Journal of Nursing Studies. Vol. 49, No 1, 65-71.

Van Giang, N.; Chiu, H-Y. & Kuo, S-Y. 2015. Validity, sensitivity, and responsiveness of the 11-Face Faces pain scale to postoperative pain in adult orthopedic surgery patients. Vol. 16, No 5, 678-684.

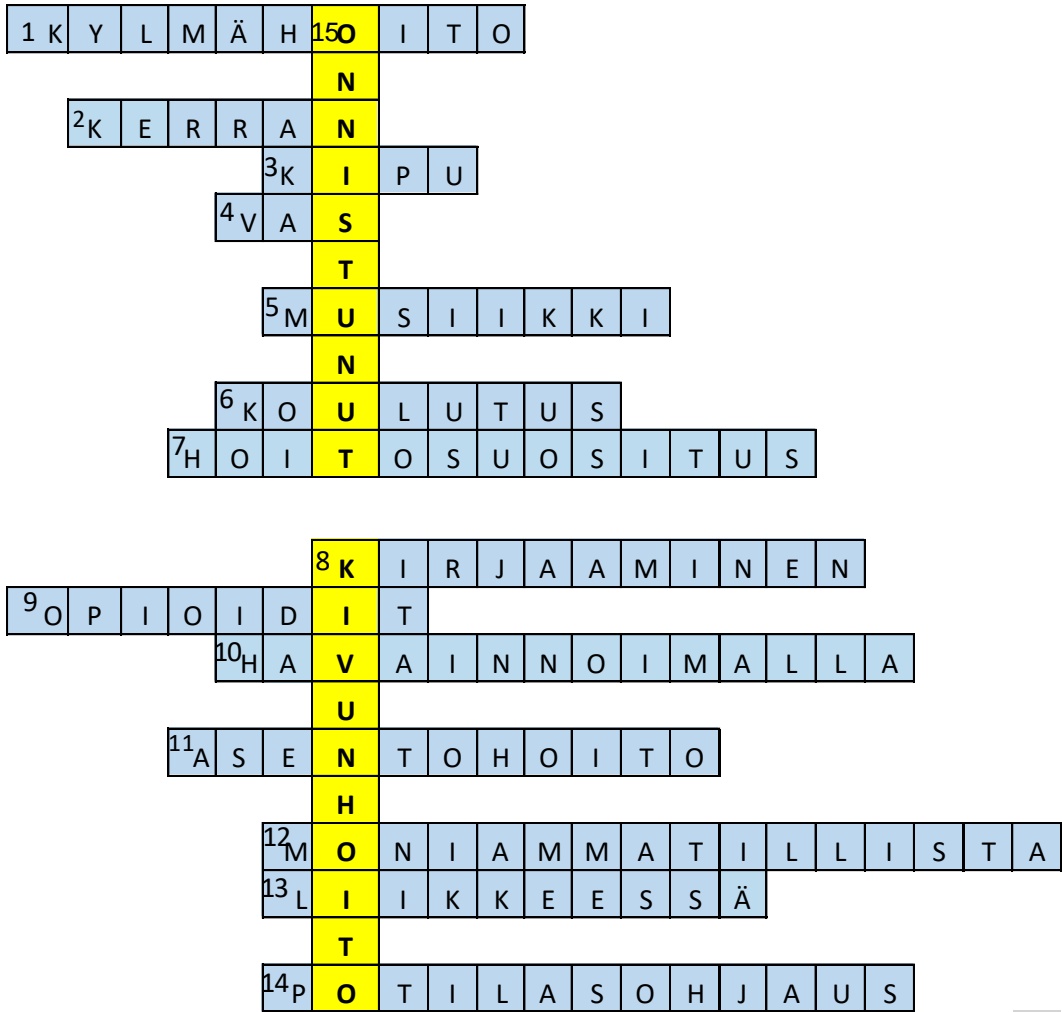
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2018a. Erikoissairaanhoidon tunnuslukuja. Viitattu 24.2.2019 <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/talous-ja-toimintaluvut/erikoissairaanhoidon-tunnuslukuja/Sivut/default.aspx>

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin 2015b. Kivunhoito. Viitattu 9.4.2019 <http://www.vsshp.fi/fi/hoito-ja-tutkimukset/leikkaukseen-valmistautuminen/Sivut/kivunhoito.aspx>

Väisänen, T. 2016. Turvotuksen hoito tänään. Fysioterapia. Vol. 63, No 7, 40-46.

Xavier, A.; de Lima, M.; Rodrigues Burgos, T.; da Conceição Cavalcanti de Lira, M. & Queiroga Serrano, S. 2018. Evaluation of postoperative pain under the nurse's point of view. Journal of Nursing UFPE on line. Vol. 12, No 9, 2436-2441.

Sanaristikon oikeat vastaukset



Sairaanhoitajille tehty posteri kivunhoidosta

Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö

Hoitosuosituksista sanaristikoksi

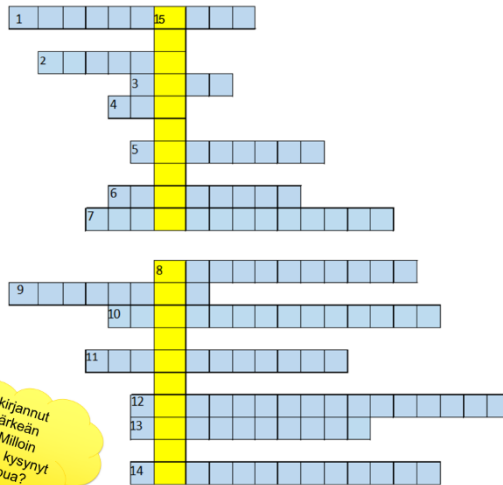
Miia Kostamo
Nina Kylén
Katriina Sorvali

#Excellence In Action

Hoitaja miten sinä arvioisit potilaasi kivun?

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite:

- Opinnäytetyön tarkoituksena on esitellä hoitotyön tutkimussäätiön laatiman aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyön suosituksen keskeinen sisältö posterin muodossa sairaanhoitajille.
- Hoitosuosituksen pohjalta tehdään kivunhoidon osaamista testaava sanaristikko Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin sairaanhoitajille sekä potilaille tarkistuslista kivunhoitoon liittyen.
- Opinnäytetyön tavoitteena on vahvistaa VSSH:n sairaanhoitajien kivunhoitotyön osaamista hoitosuosituksen mukaiseksi.



- Lääkkeetön kivunhoitomenetelmä, joka vähentää leikkauksen turvotusta
- Potilaan kipua pitää arvioida vähintään _____ työvuoron aikana
- Epämielittävää sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka varoittaa uhkaavasta kudosvauriosta tai liittyy kudosvaurioon
- Yksi yleisimmistä kipua arvioivista mittareista
- Lääkkeetön kivunhoitomenetelmä, joka rentouttaa potilasta ja voi auttaa viemään ajatukset muualle kivusta
- Tapa, jolla voidaan varmistaa hoitotyön laatu sekä hoitohenkilökunnan osaaminen
- Asiantuntijoiden laatima teksti, joka perustuu tiivistettyyn tutkimusnäyttöön
- Tärkeä osa kivun seuranta
- _____ ovat vahvoja kipulääkkeitä, joita käytetään kohtalaisen tai voimakkaan leikkauksen jälkeisen kivunhoitoon
- Potilaan kipua voidaan arvioida myös _____ hänen kipukäyttäytymistä
- Lääkkeetön kivunhoitomenetelmä, joka edistää verenkiertoa, vähentää lihasspasmeja ja ehkäisee painehaavojen syntyä
- Hyvä kivunhoito vaatii usein _____ yhteistyötä
- Potilaan kipua tulisi muistaa arvioida sekä levossa että _____
- Toiminta, mikä vähentää potilaan pelkoa ja ahdistusta leikkauksen kohtaan
- _____



Mitä kipumittaria potilas haluaisi käyttää? VAS? NRS? FPS?

AJAJUN SATTUUI!

Mikä on potilaan oma arvio kivun voimakkuudesta?

Millä eri tavoin voit hoitaa kipua?

Olenko kirjannut kaiken tärkeän kivusta? Milloin viimeksi olen kysynyt potilaan kipua?

Hoitosuosituksen keskeinen sisältö:

Hoitosuositus on tietyyn tauliin tai oirekuvaan laadittu suositus, jonka ovat laatineet asiantuntijat. Hoitosuosituksen sisältö perustuu tiivistettyyn tutkimusnäyttöön.

Kipu on epämielittävää sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka varoittaa uhkaavasta kudosvauriosta tai liittyy kudosvaurioon.

1. Potilasohjauksessa potilaalle tulee antaa tietoa itse kivusta, sen hoidosta ja arvioinnista. Riittävä tieto ja ohjaus leikkaukseen liittyvistä asioista lievittää potilaan pelkoa ja ahdistusta.

2. Kun potilaan kipua arvioidaan tulee muistaa, että kivun kokemiseen vaikuttaa moni asia, kuten aikaisemmat kipukokemukset, masennus ja pelko. Kivun voimakkuuden arviointiin on olemassa useita eri mittareita, kuten VAS (Visual Analogue Scale) ja NRS (Numeric Rating Scale).

3. Kivunarvioinnissa tulee aina kysyä potilaan oma arvio kivusta ja suositaan kipumittaria minkä potilas on itse valinnut. Kipua tulee mitata liikkeessä, levossa ja säännöllisesti. Arvioinnissa tulee kysyä kivun sijainti, sen laatu ja tarkkaillaan kipukäyttäytymistä. Kipua arvioidaan myös havainnollalla, esimerkiksi potilaan ilmeet ja eleet.

4. Potilaalle suunnitellaan yksilöllinen kivun hoitosuunnitelma.

5. Kivunhoidossa käytetään lääkkeellisiä (esim. tulehduskipulääkkeet, parasetamoli ja opioidit) - ja lääkkeettömiä hoitomenetelmiä (esim. kylmähoito, asentohoito ja musiikki).

6. Potilaan kipua tulee seurata säännöllisesti ja arvioida vähintään kerran jokaisen työvuoron aikana. Kipulääkkeiden mahdollisia haittavaikutuksia tulee seurata.

7. Potilaaseen liittyvää kivunhoitoa tulisi kirjata täsmällisesti potilasasiakirjoihin.

8. Hyvä kivunhoito toteutuu parhaiten moniammatillisessa yhteistyössä. Kivunhoidon laatu varmistetaan hoitajien säännöllisellä koulutuksella sekä potilaspalautteilla.

Salanterä, S.; Heikkinen, K.; Kauppi, M.; Murtola, L. & Siltanen, H.
Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö -
Hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimus-säätiö.